**Znak sprawy: GOPS.FK.27.271.1.2021.SG Załącznik nr 5 do SWZ**

**GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W INOWROCŁAWIU**

**ul. Królowej Jadwigi 43, 88-100 Inowrocław**

|  |
| --- |
| **WYKAZ USŁUG** |
| **Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi, klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | ***Rodzaj i zakres rzeczowy zamówienia*** | ***Ilość godzin*** | ***Data i miejsce wykonania zamówienia*** | ***Nazwa Zamawiającego***  |
| ***1.*** |  |  |  |  |
| ***2.*** |  |  |  |  |
| ***3.*** |  |  |  |  |

**Uwaga:**

* + 1. **Zamawiający będzie brał pod uwagę tylko prace potwierdzone dokumentem, że usługi zostały prawidłowo ukończone.**
		2. **W tabeli Wykonawca wymieni usługi, których wartość minimalna będzie zgodna z treścią i wymaganiami SWZ.**

 *Miejsce i data ……………………………………… ……………………………………………………………………………………..*

 *Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*