**Zał. nr 3 do SWZ**

Numer sprawy

OR.251.5.2023 **Zamawiający**

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie   
w Grudziądzu

ul. Waryńskiego 34A

86-300 Grudziądz

**Wykonawca**

………………………………….

………………………………….

………………………………….

………………………………….

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności

od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)

reprezentowany przez:

……………………………….

……………………………….

**Wykaz wykonanych lub wykonywanych usług przez Wykonawcę w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot usługi** | **Wartość  usługi brutto w zł** | **Okres wykonania zamówienia** | | **Podmiot, na rzecz którego usługa była wykonywana** |
| **Początek** | **Koniec** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

*Dokument należy wypełnić i podpisać* *kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy/ Wykonawców. Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.*