WYKAZ USŁUG

**„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi – dzieci i młodzież - w miejscu zamieszkania klientów Zamawiającego w zakresie rehabilitacji fizycznej w roku 2025”**

**Nr postępowania OPS-331-2/2024**

Dane dotyczące Wykonawcy / Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia:

Nazwa ..............................................................................................................................................

Adres …............................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres (przedmiot) zamówienia, rodzaj usługi** | **Zakres realizacji zamówienia**  (Wpisać zgodnie z wymaganiami określonymi w SWZ) | **Data rozpoczęcia i zakończenia**  **(dzień, miesiąc, rok)** | **Zamawiający  i miejsce wykonania** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

**Do wykazu należy załączyć dowody, określające czy te usługi zostały wykonane należycie.**