Nr sprawy: MOPS.ZP.2611.31.2024 Załącznik nr 6 do SWZ

**Zamawiający:**

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Grudziądzka 6,82-500 Kwidzyn  
NIP: 581-14-77-069, REGON: 002791490

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/REGON/PESEL)

reprezentowany przez:

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych, również wykonywanych usług opiekuńczych**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:

**„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób   
z zaburzeniami psychicznymi (w tym z autyzmem) będących świadczeniobiorcami MOPS   
w Kwidzynie na rok 2025”**  prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej   
w Kwidzynie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotów na rzecz, których zostały wykonane/ są wykonywane usługi** | **Wartość brutto wykonanych usług opiekuńczych** | **Nazwa i zakres wykonanych lub wykonywanych usług opiekuńczych**  **będących przedmiotem zamówienia** | **Data wykonania lub wykonywania**  **wykazanych usług opiekuńczych**  **(daty od - do)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Objaśnienia**

1. w wykazie usług należy wskazać wykonanie usług, o których mowa w Rozdziale XII SWZ,
2. w kolumnie 5 należy wpisać kolejne umowy wskazując daty trwania umowy i dołączyć dokumenty potwierdzające, że wyszczególnione usługi zostały wykonane/są wykonywane należycie (dokumenty powinny odnosić się do konkretnych usług wymienionych   
   w wykazie).

Niniejszy dokument należy opatrzyć podpisem zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.