## Załącznik nr 5 do SWZ

ZAG.341.1.2023

**Wykonawca:**

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

*(pełna nazwa/imię i nazwisko/ adres/ w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Świadczenie usług gastronomicznych dla Domu Pomocy Społecznej „Ostoja” w Gdańsku**

**Wykaz usług**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu usługi**(opis musi potwierdzać warunek udziału w postępowaniu określony w rozdz. VIII ust. 2 pkt. 1 SWZ | **Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana**(nazwa i adres zamawiającego) | **Wartość brutto****usługi**(w PLN) | **Data wykonania usługi****(od …..do ……)**(dzień-miesiąc-rok) |
|
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

**UWAGA!!**

Do wykazu należy **załączyć dowody** dotyczące usługi określające, czy usługa ta zostały wykonana należycie.

*……………………………………..*

*Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/Podmiotu udostępniającego zasoby*