**Z.GOPS.271.1.2024 Załącznik nr 7a do SWZ**

**Gmina Puszcza Mariańska - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej**

**w Puszczy Mariańskiej**

**Plac T. Kościuszki 2**

**96-330 Puszcza Mariańska**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**UWAGA: Wykaz musi zostać podpisana** **elektronicznym podpisem kwalifikowanym lub elektronicznym podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym.**

*Dotyczy postępowania pn.:* **„Świadczenie usług zapewniających tymczasowe schronienie osobom bezdomnym z terenu Gminy Puszcza Mariańska.”**

**poniższy wykaz dotyczy CZĘŚCI I zamówienia dla zadania pn. „Tymczasowe schronienie dla osób bezdomnych bez usług opiekuńczych.”**

**Wykaz wykonanych lub wykonywanych usług**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Ilość osób bezdomnych objętych usługą tymczasowego schronienia  w schronisku dla osób bezdomnych (Zamawiający wymaga **minimum 10 osób)** | Termin wykonania / usługi | Podmiot, na rzecz której usługa była wykonywana | Wartość usługi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |