

WYKAZ USŁUG

„Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu całodobowego
W ośrodku wsparcia dla osoby niepełnosprawnej z terenu miasta Wąbrzeźna w ramach Programu
„Opieka wytchnieniowa”- edycja 2026”.

Działając w imieniu i na rzecz

.....
.....
.....

(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy)

**oświadczamy, że reprezentowana przez nas firma zrealizowała w ciągu ostatnich 3 lat
następujące zamówienia:**

Nazwa i adres Zamawiającego, miejsce realizacji	Wartość zamówienia	Zakres i rodzaj usługi	Czas realizacji od ... do ...
1	2	3	4

Uwaga: Wykonawca spełni warunek, jeżeli wykaże, że w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wykonał minimum jedną usługę polegającą na świadczeniu usług opieki wytchnieniowej wraz z podaniem jej wartości, przedmiotu, daty wykonania i danych podmiotu, na rzecz których usługi zostały wykonane oraz załączeniem dowodów potwierdzających, że usługi te zostały wykonane należycie (referencje).