

**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 2024”.

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:**

| <b>Nazwa i adres Zamawiającego, miejsce realizacji</b> | <b>Wartość zamówienia</b> | <b>Zakres i rodzaj usługi</b> | <b>Czas realizacji od ... do ...</b> |
|--|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| <b>1</b>   | <b>2</b>                  | <b>3</b>                      | <b>4</b>                             |
|  |                           |                               |                                      |
|  |                           |                               |                                      |
|  |                           |                               |                                      |

**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).