Załącznik Nr 5
do SWZ

.....
/nazwa Wykonawcy/

.....
/adres/

WYKAZ USŁUG
wykonanych lub wykonywanych

Dotyczy postępowania pn.:

„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w 2027 r.”

L.p.	NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO (Odbiorcy usługi)	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO (zł)	TERMIN REALIZACJI OD… DO …. dd/mm/rr

WRAZ Z ZAŁĄCZENIEM DOWODÓW, ŻE WYKAZANE USŁUGI ZOSTAŁY WYKONANE NALEŻYCIE LUB SĄ NADAL WYKONYWANE NALEŻYCIE.

....., dnia ....

podpis Wykonawcy w postaci elektronicznej *

----

* Dokument należy sporządzić w postaci elektronicznej i opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym, zgodnie z wymaganiami określonymi w Rozdziale XII SWZ.