**Załącznik Nr 5 do ogłoszenia**

**WYKAZ USŁUG**

**Dotyczy realizacji zadania:** „**Świadczenie w okresie od 01.01.2022 r. do 31.12.2022 r. usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej ”**

Nazwa Wykonawcy ..........................................................................................................

Adres Wykonawcy ............................................................................................................

Numer tel. .................................................................................................................

Wykaz wykonanych lub wykonywanych w sposób określony w pkt 10.4 Ogłoszenia na usługi w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku wiedzy i doświadczenia w okresie od 01.01.2019 r. do 30.09.2021 r., a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców oraz załączenie dokumentów potwierdzających, wartość i należyte wykonanie usług.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Zamawiający** | **Wartość brutto** | **Data wykonania zamówienia** | **Ilość godzin**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |

Do wykazu załączamy …………. szt. referencji.

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

Data, miejscowość (Podpis Wykonawcy)