**Załącznik Nr 6 do SWZ**

................................................................................................
*nazwa Wykonawcy/ców*

**Wykaz usług**

wykonanych w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku zdolności technicznej lub zawodowej.

Przystępując do prowadzonego przez Gminę Skarżysko-Kamienna - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej postępowania o udzielenie zamówienia pn.

**Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej na rzecz uprawnionych mieszkańców Skarżyska – Kamiennej w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2022 – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej**

składam wykaz usług:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i miejsce realizacji,** **rodzaj, zakres wykonanej usługi** | **Nazwa i adres** **wykonawcy usługi**w przypadku gdy Wykonawca polegać będzie na wiedzy i doświadczeniu innego podmiotu \* | **Termin wykonania** **data rozpoczęcia** **– data zakończenia**(**od** **dd/mm/rrrrdo dd/mm/rrrr)** | **Wartość** **wykonanej usługibrutto [PLN]**  | **Nazwa i adres****zamawiającego** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Uwaga:**

1. \* W przypadku, gdy Wykonawca będzie polegać **na wiedzy i doświadczeniu innego podmiotu**, zgodnie
z art. 26 ust. 2b Pzp zobowiązany jest udowodnić to Zamawiającemu. W tym celu należy załączyć do wykazu **pisemne zobowiązanie tego podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia.**
2. Do wykazu należy **załączyć** dowody potwierdzające, że usługi zostały wykonane w sposób należyty i prawidłowo ukończone np. referencje.

***Oświadczenie należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osoby uprawnione do reprezentacji podmiotu składającego ten dokument.***