**Załącznik Nr 7 do SWZ**

**DOŚWIADCZENIE WYKONAWCY/WYKAZ USŁUG**

**Dotyczy realizacji zadania: „Świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej w okresie od 01.01.2023 r. do 31.12.2023 r.”**

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

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

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

Składając ofertę w przetargu nieograniczonym na **„Świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej w okresie od 01.01.2023 r. do 31.12.2023 r.”**, prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej, oświadczam/y, że reprezentowana/e przez nas firma/firmy zrealizowała/y w ciągu ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, następujące zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Zamawiający** | **Data wykonania zamówienia** | **Liczba osób i wymiar godzin** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Wykazy przekazuje się w postaci elektronicznej i opatruje kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym, a w przypadku gdy wykaz został sporządzony jako dokument w postaci papierowej i opatrzony własnoręcznym podpisem, przekazuje się cyfrowe odwzorowanie tego dokumentu opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

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

Data, miejscowość (Podpis Wykonawcy)