**Załącznik Nr 7 do SWZ**

**DOŚWIADCZENIE WYKONAWCY/WYKAZ USŁUG**

**Dotyczy realizacji zadania: „Tymczasowe schronienie dla osób bezdomnych oraz tymczasowe schronienie dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi dla podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Skarżysku - Kamiennej z terenu gminy Skarżysko-Kamienna w okresie od 01.01.2023 r. do 31.12.2023 r.”**

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

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

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

Składając ofertę w postepowaniu na **„Tymczasowe schronienie dla osób bezdomnych oraz tymczasowe schronienie dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi dla podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Skarżysku - Kamiennej z terenu gminy Skarżysko-Kamienna 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** | **Wartość brutto** | **Data wykonania zamówienia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**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)