**Załącznik Nr 7 do SWZ**

**WYKAZ USŁUG**

**Dotyczy realizacji zadania: „Świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Skarżysku - Kamiennej w okresie od 01.01.2025 r. do 31.12.2025 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 01.01.2025 r. do 31.12.2025 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 usługi opiekuńcze:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Podmiot na rzecz których usługa została wykonana** | **Data wykonania usługi, od - do**  **(dzień/miesiąc/rok)** | **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)