*Dodatek nr 6*

**Zamawiający:**

**Gmina Mniów / Centrum Usług Społecznych w Mniowie**

ul. Centralna 2, 26-080 Mniów

Znak sprawy: **CUS.26.4.2025**

.............................................................

nazwa i adres wykonawcy

**Poniżej przedstawiam/y przedstawiamy wykaz usług na potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu**

**„DZIENNE FORMY USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA UCZESTNIKÓW PROJEKTU „TWORZENIE LOKALNYCH SYSTEMÓW WSPARCIA DLA SENIORÓW”.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa**  podmiotu,  którego doświadczenie jest wykazywane | **Nazwa**  podmiotu, na rzecz którego zamówienie zostało wykonane | **Opis zamówienia**  (z opisu winno wynikać spełnianie wymagań wskazanych w SWZ) | | **Data rozpoczęcia** realizacji zamówienia  (dd/mm/rrrr) | **Data wykonania**  zamówienia  (dd/mm/rrrr) |
| Nazwa / zakres tematyczny usługi / rodzaj beneficjentów (uczestników) | Wartość zamówienia / umowy |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |

**Do wykazu załączam/y dowody potwierdzające, że powyżej wymienione usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie**.

Powyższe informacje są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

***Niniejszy plik podpisuje Wykonawca kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***