**Załącznik nr 7 do SWZ**

(wymagany do złożenia przez Wykonawcę, którego oferta zostanie oceniona najwyżej)

Dane Wykonawcy:

*(pełna nazwa, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentowania)*

**WYKAZ USŁUG**

– dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Psychoterapia indywidualna**

**Znak postępowania: DA.241.1-22/25**

w okresie ostatnich 2 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wraz z podaniem ich rodzaju, wartości, daty, miejsca wykonania oraz podmiotów, na rzecz których usługi te zostały wykonane:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego zostały zrealizowane usługi | Miejsce wykonania | Wartość zamówienia brutto | **Określenie zakresu rzeczowego zrealizowanych usług (w sposób umożliwiający ocenę spełnienia warunku określonego w Rozdziale 7 ust. 3 pkt 3.4 SWZ)** | Czas realizacji | |
| początek  dzień/ miesiąc/ rok | koniec  dzień/ miesiąc/ rok |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**UWAGA nr 1:** Do wykazu należy załączyć dowody określające, czy usługi te zostały wykonane w sposób należyty.

**UWAGA nr 2:** Zgodnie z § 9 ust. 3 rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń jakich może żądać zamawiający od wykonawcy, jeżeli wykonawca powołuje się na doświadczenie w realizacji robót budowlanych, dostaw lub usług, wykonywanych wspólnie z innymi wykonawcami, wykaz ten dotyczy usług w których wykonaniu wykonawca ten bezpośrednio uczestniczył.

**UWAGA:**

Oświadczenie musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.