DAG.250.3.5.2025 **Załącznik nr 9 do SWZ**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………..

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

reprezentowany przez:

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

*(imię, nazwisko,)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**WYKAZ USŁUG**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na zadanie pn.: Usługa kompleksowego sprzątania dwóch obiektów Ośrodka Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych oraz sprzątanie pomieszczeń i klatki schodowej Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia   
i Współuzależnienia w Opolu, przedkładam poniższy wykaz, dla celów potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu:

**Dla części 1:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot (zakres) zamówienia (umowy)** | **Wartość usługi (umowy) brutto  w PLN** | **Zamawiający/podmiot na rzecz którego wykonano usługę (umowę)** | **Miejsce realizacji, Data wykonania/realizacji usługi/umowy**  **od ….. do……** | **Podstawa dysponowania zasobem** |
|  |  |  |  |  | zasób własny/  zasób innych podmiotów\* |
|  |  |  |  |  | zasób własny/  zasób innych podmiotów\* |

**Dla części 2:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot (zakres) zamówienia (umowy)** | **Wartość usługi (umowy) brutto  w PLN** | **Zamawiający/podmiot na rzecz którego wykonano usługę (umowę)** | **Miejsce realizacji, Data wykonania/realizacji usługi/umowy**  **od ….. do……** | **Podstawa dysponowania zasobem** |
|  |  |  |  |  | zasób własny/  zasób innych podmiotów\* |
|  |  |  |  |  | zasób własny/  zasób innych podmiotów\* |

\* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

**Do wykazu należy załączyć dowody potwierdzające należyte wykonanie usług - zgodnie z zapisami   
w SWZ.**

**Jeśli Wykonawca powołuje się na doświadczenie w realizacji usług, wykonywanych wspólnie   
z innymi Wykonawcami, wykaz dotyczy usług, w których wykonaniu Wykonawca ten bezpośrednio uczestniczył, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych, w których wykonywaniu bezpośrednio uczestniczył lub uczestniczy.**

**Oświadczenie składa się pod rygorem nieważności w formie elektronicznej lub w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

…………………………………………….

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis osobisty/podpis zaufany