**OSWI.223.1.2025** **Załącznik nr 5 do SWZ**

**Wykaz wykonanych usług w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, z zakresu specjalistycznego transportu uczniów niepełnosprawnych**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot, na rzecz którego dostawy lub usługi zostały wykonane lub są wykonywane** | **Przedmiot i zakres zamówienia** | **Data wykonania**  **(data rozpoczęcia - data zakończenia)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

.............................. dnia ....................... ………………………………………………….

(kwalifikowany podpis elektroniczny / podpis zaufany / podpis osobisty osoby uprawnionej do reprezentacji podmiotu udostępniającego zasoby)