*Załącznik nr 4 do SWZ*

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

(miejscowość i data )

………………………………………………..

(Nazwa wykonawcy)

**Zamawiający**

Ośrodek Pomocy Społecznej

Ul. Reymonta 4

48 – 317 Korfantów

Nazwa zamówienia: **Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (w szczególności dzieci i młodzieży podopiecznych OPS Korfantów) w miejscu ich zamieszkania w roku 2026*.***

**Wykaz** **usług**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot**  *o przedmiotowe zamówienie mogą ubiegać się Wykonawcy posiadający doświadczenie w na-leżytym wykonaniu, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert (a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie), min. 2 usługi polegające na świadczeniu specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób  z zaburzeniami psychicznymi w miejscu ich zamieszkania o wartości* ***minimum  200 000,00 zł brutto*** *– wartość dla każdej wykazanej usługi oddzielnie.* | **Wartości** | **Data**  wykonania z okresu ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie | **Odbiorcy**  (Podmiot na rzecz którego realizowano wykazaną usługę) | **Doświadczenie własne Wykonawcy/ oddane do dyspozycji przez inny podmiot** |
| 1. | Nazwa wykonanej usługi: ………………………………………… | ***……………….… zł brutto*** |  |  | Własne/oddane do dyspozycji\* |
| 2. | Nazwa wykonanej usługi: ………………………………………… | ***…………….…… zł brutto*** |  |  | Własne/oddane do dyspozycji\* |

**W załączeniu dowody potwierdzające, że usługa ta została wykonana należycie.**

***Informacja dla wykonawcy:***

*Oświadczenie musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy* ***kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowodem).***