**Załącznik nr 4 do SWZ**

**WYKAZ USŁUG**

działając w imieniu Wykonawcy ………………………………….……………………………………………..

*(podać nazwę i adres Wykonawcy)*

Przedkładam wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych również wykonywanych **w ciągu ostatnich 5 lat** przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie wykonał lub wykonuje należycie co najmniej   
**1 usługę** polegającą na świadczeniu usług opiekuńczych lub usług opieki wytchnieniowej lub łącznie usług opiekuńczych i usług opieki wytchnieniowej przez co najmniej 6 miesięcy o wartości tej usługi nie mniejszej niż 30 000,00 zł brutto.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia (usługi)** | **Wartość  brutto  (PLN)** | **Termin realizacji zamówienia** | | **Zamawiający** |
| Data rozpoczęcia **(dd-mm-rr)** | Data zakończenia **(dd-mm-rr)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Niniejszy wykaz składa tylko wykonawca wezwany przez Zamawiającego!**

**!!! DOKUMENT WYPEŁNIĆ – ZAPISAĆ JAKO PDF –   
PODPISAĆ PODPISEM ELEKTRONICZNYM !!**