**Załącznik nr 5 do SWZ**

..............................................................  
 (nazwa Wykonawcy)

**Zamawiający:**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, Ul. Podgórna 10, 86-140 Drzycim

**WYKAZ USŁUG**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Świadczenie Specjalistycznych Usług Opiekuńczych dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w miejscu ich zamieszkania**

przedkładam(y) wykaz usług wykonanych/wykonywanych w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie wykonałem (wykonaliśmy) należycie\*:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia (zakres rzeczowy) | Wartość zamówienia brutto | Roczny wymiar godzin usługi | Okres wykonywania usługi  od - do | Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego wykonano usługę/ wykonywana jest usługa |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* co najmniej jedno zamówienie (usługę)- w wymiarze min. **1000 godzin** rocznie,

polegającą na świadczeniu specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób   
z zaburzeniami psychicznymi

W załączeniu dowody określające, że wskazane w wykazie usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usług były wykonywane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie Wykonawcy.

**Do wykazu załączam/y dowody określające, że w/w usługi zostały wykonane należycie**:

1. ………………………………………………………………………………………….
2. …………………………………………………………………………….……………
3. …………..…………………………………………………………………………..…

Data ......................................... …………………...............….....

(podpis)

**UWAGA! OŚWIADCZENIE NALEŻY PODPISAĆ  
ELEKTRONICZNIE (PODPISEM KWALIFIKOWANYM LUB PODPISEM ZAUFANYM   
LUB PODPISEM OSOBISTYM)**