**Załącznik nr 8- Wykaz usług**

**Nr zamówienia: OPS.026.3.2025.PO**

# Świadczenie usług opiekuńczych na rzecz podopiecznych Ośrodka Pomocy Społecznej w Radzyminie w okresie od 1 stycznia 2026r. do 31 grudnia 2026r.

# Wykaz wszystkich wykonanych usług o podobnej wartości i charakterze wykonanych w okresie ostatnich 3 lat

Nazwa Wykonawcy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres Wykonawcy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi zgodnie  z wymogami SWZ** | **Podmiot na rzecz, którego usługa została wykonana**  **/ nazwa i adres /** | **Data wykonania usługi**  **(dzień – miesiąc - rok)** | | **Łączna liczba godzin zrealizowanych usług** |
| **Rozpoczęcie** | **Zakończenie** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis elektroniczny