**Załącznik nr 2**

**do Zapytania ofertowego**

**Zamawiający:**

OPTIMAL SPÓŁDZIELNIA SOCJALNA

ul. ul. Jacka Malczewskiego 22, 58-309 Wałbrzych

Usługa objęta zamówieniem:

„Świadczenie usługi opiekuńczej w miejscu zamieszkania osoby objętej opieką”

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

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

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa zamówienia**  **(przedmiot USŁUGI)** | **Wartość brutto** | **Data realizacji** | | **Nazwa Zamawiającego (nazwa, adres, nr telefonu do kontaktu)** |
| **Rozpoczęcie (data)** | **Zakończenie**  **(data)** |
| .. |  |  |  |  |  |
| .. |  |  |  |  |  |
| .. |  |  |  |  |  |

Jednocześnie oświadczam, że, w okresie ostatnich 3 lat, a w przypadku krótszego okresu działalności – w okresie mojej działalności, zrealizowałem (lub jest w trakcie realizacji) co najmniej jednego zamówienia polegającego na świadczeniu usługi opieki obejmującej co najmniej okres 12 miesięcy, w formie opieki dla min. 60 osób jednocześnie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| …………………………………………. |  |  | ………………………………………………………... |
| *data, miejscowość* |  |  | *podpis osoby/osób  uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy* |

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym,   
elektronicznym podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym***