Załącznik nr 7 do Zapytania

Nr postępowania: 1/RUSZ/2025

................................................................................... ................................., dnia ….................... 2025 r.

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**  
Składany do zadania:

**Realizacja usług społecznych i zdrowotnych w ramach projektu pn. „RUSZ – Rozwój Usług Społeczno-Zdrowotnych dla mieszkańców Gminy Kielce”**

przedkładamy wykaz usług w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku wiedzy i doświadczenia, wykonanych w okresie ostatnich trzech lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot/Zakres usługi** | **Wartość usługi** | **Termin wykonania usługi** | **Nazwa i adres podmiotu  na rzecz którego usługa została wykonana** | **Doświadczenie własne /oddane do dyspozycji** |
| **Część nr 1** | | | | | |
| **1.** | **……………………………...………. (nazwa usługi)**  **W ramach w/w usługi zrealizowano usługę** (w ramach jednej umowy lub kontraktu), odpowiadającą swoim rodzajem przedmiotowi niniejszej części zamówienia, tj. polegającą na świadczeniu indywidualnego wsparcia psychologicznego lub poradnictwa psychologicznego na rzecz opiekunów faktycznych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, obejmującą realizację usługi o łącznym wymiarze **co najmniej 500 godzin.**  **Ilość zrealizowanych godzin w ramach w/w usługi …………... godz.** | ……….. zł brutto | …………… r. | ………… | **własne /oddane do dyspozycji \*** |
| **Część nr 2** | | | | | |
| **1.** | **……………………………...………. (nazwa usługi)**  **W ramach w/w usługi zrealizowano usługę** (w ramach jednej umowy lub kontraktu), odpowiadającą swoim rodzajem przedmiotowi niniejszej części zamówienia, tj. polegającą na świadczeniu instruktażu opieki nad osobami zależnymi na rzecz opiekunów faktycznych, obejmującą w szczególności zagadnienia związane z pielęgnacją, edukacją zdrowotną lub wsparciem opiekunów, obejmującą realizację usługi o łącznym wymiarze **co najmniej 300 godzin.**  **Ilość zrealizowanych godzin w ramach w/w usługi …………... godz.** | ……….. zł brutto | …………… r. | ………… | **własne /oddane do dyspozycji \*** |

\* skreślić niewłaściwe

**UWAGA:**

**W załączeniu do wykazu przedstawiamy dowody określające, czy usługi te zostały wykonane w sposób należyty.**

…………………………………………

*(podpis)*