**GOPS.341.1.1.1.23 Załącznik nr 8 do SWZ**

Numer referencyjny

postępowania

**Zamawiający:**

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Obrowie**

**ul. Aleja Lipowa 27**

**87-126 Obrowo**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji*

**WYKAZ USŁUG**

wykonanych w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie – na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu pod nazwą: **„Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla mieszkańców Gminy Obrowo”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj usługi | Wartość wykonanych usług brutto | Data wykonania usług (dzień, miesiąc, rok) | Miejsce wykonania usług | Podmiot na rzecz którego usługi zostały wykonane |
|  |  |  |  |  |  |

*\* Do wykazu należy dołączyć dowody potwierdzające, że wymienione usługi zostały wykonane należycie*