***Załącznik Nr 3 do SWZ***

Zamawiający: **Gmina Stawiski**

**Plac Wolności 13/15**

**18-520 Stawiski**

**Wykonawca:**

……………………………………….

……………………………………….

……………………………………….

……………………………………….

*(imię i nazwisko/ pełna nazwa/firma, adres,   
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

………………………………………

*(adres skrzynki ePUAP)*

**Wykaz usług**

**wykonanych, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania  
 i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane lub są wykonywane –   
*Świadczenie sąsiedzkich usług opiekuńczych w ramach Projektu pn. Centrum Usług Społecznych   
w Gminie Stawiski,*** nr postępowania: SGiT.271.8.2021

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj usług | Daty wykonania | Doświadczenie | Podmiot na rzecz którego wykonano usługę |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

W załączeniu dowody określające, czy usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie,   
w szczególności informacje o tym, czy zostały one wykonane prawidłowo, przy czym dowodami,  
 o których mowa są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie Wykonawcy.

Uwaga: W przypadku korzystania ze zdolności innego podmiotu należy spełnić wymagania określone w rozdziale 10 Specyfikacji Warunków Zamówienia.

…………….…….………….…….

*(miejscowość, data)*

………………………………………

*(podpis)*