**Załącznik nr 5 do SWZ**

….................................................................

nazwa, numer NIP lub REGON i adres Wykonawcy

**Wykaz usług**

odpowiadających wymaganiom Zamawiającego określonym w SWZ w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji pn.:

**Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2022 finansowanej z Funduszu Solidarnościowego, w Gminie Miasto Brodnicy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi  (przedmiot usługi, rodzaj oraz krótki opis/zakres) | Data wykonania  (dzień, miesiąc  i rok zakończenia) | Podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane  (nazwa, adres, telefon) | Nazwa podmiotu,  wykazującego  doświadczenie\*\*) |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

**UWAGA:**

Do wykazu należy załączyć dowody określające, czy te usługi zostały wykonane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonywane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie wykonawcy.

\*\*) wypełnić w przypadku usług wymienionych w wykazie, które wykonały inne podmioty niż Wykonawca, a na których wiedzy i doświadczeniu polega Wykonawca - Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów tych podmiotów lub inny podmiotowy środek dowodowy do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia.

Miejscowość ….................................. dnia …............................. r. Podpis: …………………………………..