**OPS.252.1.1.2020.ZP**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Załącznik nr 4** | **Wykaz usług wykonanych** | | | |
| **Zamawiający**  **Siedziba:**  **Strona internetowa:**  **Tel./fax**  **Adres poczty elektronicznej** | Ośrodek Pomocy Społecznej  46- 220 Byczyna,  ul. Kluczborska 4A/4  www.byczyna.naszops.pl  0 77 402 41 91  opsbyczyna@wp.pl |

**Wykonawca:**

**Nazwa Wykonawcy**...........................................................................................................................................

**Adres Wykonawcy** ..........................................................................................................................................................................

**w zależności od podmiotu:**

**NIP/PESEL, KRS/CeiDG** .................................................................................................................................

**Wykaz usług wykonanych w okresie ostatnich trzech lat przed upływem składania ofert, (a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie) w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie rehabilitacji**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zamawiającego** | **Nazwa zamówienia** | **Termin realizacji** | **Ilość osób** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………….……. ……………..dnia ………….……. r.

*(miejscowość)*

………………………….…………………………………………

[czytelny podpis lub podpis z pieczątką imienną osoby(ób)

upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy]