**Załącznik Nr 6 do SWZ**

………………………………………………………………..

………………………………………………………………..

………………………………………………………………..

Nazwa i adres Wykonawcy

**Wykaz usług**

Składając ofertę w postępowaniu pn. **Świadczenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024** (znak: SOP.3700.2.2024)przedstawiam wykaz usług do realizacji ww. zamówienia publicznego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wartość wykonanych usług** | **Przedmiot usług** | **Daty wykonania** | **Podmioty na rzecz których usługi te zostały wykonane** |
|  |  |  |  |  |

*\** Wykonawca ma obowiązek załączyć dowody określające, czy te usługi zostały wykonane należycie, przy czym dowodami, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie Wykonawcy

Plik/Dokument należy podpisać **elektronicznym kwalifikowanym podpisem** lub **podpisem zaufanym** lub **podpisem osobistym.**