**Załącznik nr 6 do SWZ**

**ZP.271.1.2021.COJ**

**Wykaz wykonanych usług w okresie ostatnich 5 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, z zakresu specjalistycznego transportu uczniów niepełnosprawnych**

Nazwa Wykonawcy.....................................................................................................................

Adres Wykonawcy .....................................................................................................................

(lub pieczęć nagłówkowa Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa Zamawiającego na rzecz, którego usługa była realizowana****( z adresem )** | **Przedmiot i zakres zamówienia (z lokalizacją/miejsce wykonania)** | **Czas realizacji****(początek /koniec)** | * + 1. **Wartość zamówienia**
 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

.............................. dnia .......................

 **(Podpis Wykonawcy)**

**Oświadczenie podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym**

**lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**