**ZP.271.23.2023 Załącznik nr 6 do SWZ**

**Wykonawca:**

..................................................

*miejscowość, data*

…………………………… **Gmina Markowa**

*(pełna nazwa/firma, adres,* **Markowa 1399**

*w zależności od podmiotu:* **37 – 120 Markowa**

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**WYKAZ USŁUG**

**w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunków wiedzy i doświadczenia do** wykonani usług pn**.: „****Przygotowanie i dostarczanie posiłków dla osób starszych, chorych, samotnych i niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Gminy Markowa od stycznia do czerwca 2024 roku”**

| **Lp.** | **Rodzaj usług**  **(z uwzględnieniem wykazania realizacji zakresu wymaganego SWZ)** | **Wartość wykonanych usług - brutto PLN** | **Termin realizacji** | | **Nazwa i adres podmiotu na rzecz których usługi e zostały wykonane** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data**  **rozpoczęcia** | **Data**  **zakończenia** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

………………………………………………………………………………………………

(pieczątki imienne i podpisy

osób uprawnionych do reprezentowania)

\* Wykaz wraz z załączeniem dowodów określających zakres usług, ich wartość, określających czy te usługi zostały wykonane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – inne dokumenty lub oświadczenie wykonawcy;