**Załącznik nr 5 do SWZ**

**WYKAZ USŁUG**

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób**

**z zaburzeniami psychicznymi w Gminie Gniezno**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | przedmiot | Wartość/ilość godzin | data | Podmiot zlecający |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Załączniki: dowody określające, że usługi zostały wykonane należycie:

1.

2.

…........................., dnia …..............

*(miejscowość i data)*

*.......................................................................*

*(Podmiot udostępniający/ osoba upoważniona do występowania w imieniu Podmiotu)*