Załącznik nr 6 do SWZ

**WYKAZ USŁUG**

DANE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| Nr KRS/ REGON/ NIP |  |
| Imię i nazwisko reprezentanta |  |
| Podstawa do reprezentowania |  |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. Dowóz dzieci niepełnosprawnych z terenu gminy Warta Bolesławiecka do placówek oświatowych w Bolesławcu w roku szkolnym 2024/2025 przedstawiam/y następujący wykaz usług, potwierdzający spełnienie warunku określonego w Rozdziale VIII, ust. 2 pkt 4 lit. a

| **Lp.** | **Opis**  **przedmiotu zamówienia**  **(z uwzględnieniem wykazania realizacji określonego zakresu)** | **Całkowita**  **wartość brutto**  **w PLN** | **Termin realizacji** | | **Nazwa Odbiorcy** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data**  **rozpoczęcia** | **Data**  **zakończenia** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Do powyższego wykazu załączam dokumenty potwierdzające, że wyżej wymienione usługi zostały należycie wykonane.