……………………………….

……………………………….

Nazwa i adres Wykonawcy

**„Dowóz uczniów niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Gminy Rogoźno do placówek oświatowych wraz z zapewnieniem opieki w czasie dowozu w okresie od 1 września 2024 r. do 30 czerwca 2025 r.”**

**Wykaz usług w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia przez Wykonawcę spełnienia warunków udziału w postępowaniu dotyczących zdolności technicznej lub zawodowej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i przedmiot usługi | Wartość brutto (PLN) | Data wykonania | | Odbiorca (nazwa, adres, nr telefonu do kontaktu) | Nazwa Wykonawcy1  którego dotyczy |
|
| początek (data) | zakończenie (data) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

Wypełniają Wykonawcy, gdy wspólnie ubiegają się o udzielenie niniejszego zamówienia.

*Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć dowody określające czy wskazane usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie (patrz pkt XII.3.2. SWZ).*

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

***UWAGA***

***Niniejszy Załącznik winien być sporządzony w postaci elektronicznej i opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby upoważnionej, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***