**Załącznik nr 5**

**Wykaz usług**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Gmina Miasto Augustów**

**zwana dalej "Zamawiającym",**

ul. Młyńska 35, 16-300 Augustów

NIP 846-15-29-116

REGON 790670817

e-mail: [zp@urzad.augustow.pl](mailto:zp@urzad.augustow.pl)

Adres strony internetowej Zamawiającego: https://platformazakupowa.pl/pn/augustow

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Wykaz usług wykonanych w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest usługa pn.:

**„Świadczenie usług polegających na przeprowadzaniu badań przez biegłych sądowych (lekarza psychiatrę i psychologa lub lekarza psychiatrę i specjalistę psychoterapii uzależnień – każdy w zakresie swojej specjalności) oraz wydania przez nich wspólnej pisemnej opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu u osób wskazanych przez Zamawiającego na potrzeby Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Augustowie w miejscu udostępnionym i wskazanym przez Wykonawcę”.**

prowadzonego przez Gminę Miasto Augustów**,** przedkładam **wykaz usług** w zakresie poradnictwa indywidualnego, wraz z podaniem daty i miejsca wykonania oraz określeniem podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj zrealizowanych zamówień/usług** | **Daty wykonania**  zamówienia | | **Zamawiający**  (nazwa podmiotu,  na rzecz którego usługi te zostały wykonane) |
| Data rozpoczęcia [dd/mm/rrrr] | Data zakończenia [dd/mm/rrrr] |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |