|  |
| --- |
| **Załącznik nr 7 do SWZ****WYKAZ USŁUG**Gminny Ośrodek Społeczny w Mikołajkach Pomorskich, ul. Dzierzgońska 2, 82-433 Mikołajki Pomorskie pn **„Świadczenie usług opiekuńczych i wsparcia rodziny w miejscu zamieszkania dla uczestników projektu pn. *„Centrum Integracji Usług Społecznych w Gminie Mikołajki Pomorskie”*** **współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020** |

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………………………………………………………….………………………

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Przedmiot zamówienia** | **Wymiar godzin minimum 5000 godzin (5000 h)** | **Data wykonania zamówienia** | **Podmiot na rzecz którego zamówienie zostało wykonane** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

W załączeniu dowody określające, że wskazane w wykazie usługi zostały wykonane należycie.

**UWAGA: wymagany podpis zgodnie z postanowieniami SWZ**