**Załącznik nr 5 do SWZ**

# Wykaz usług w ramach kryterium oceny ofert „Doświadczenie”

**Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na: „*Usługa całodobowej opieki wytchnieniowej dla mieszkańców Gminy Mikołajki Pomorskie świadczona w 2023 roku***  - w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” - Edycja 2023

**na Część ………..**

| **Lp.** | **Nazwa podmiotu lub osoba fizyczna** | **Termin realizacji**  **usługi** | **Liczba dni kalendarzowych następujących kolejno po sobie** | **Wskazanie rodzaju dokumentu potwierdzającego realizację usługi**  **(referencje, poświadczenie podmiotu, osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna na rzecz którego świadczona była usługa)\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

\* Wraz ze wskazaniem rodzaju dokumentu do niniejszego wykazu należy dołączyć jego kserokopię.

UWAGA z rekomendacji załączonych do niniejszego wykazu **powinna jednoznacznie** wynikać liczba dni i rodzaj usługi (usługa całodobowa zorganizowana dla osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności), data przeprowadzenia usługi, nazwa podmiotu lub wskazanie osoby fizycznej na rzecz której była świadczona usługa. Rekomendacje niespełniające tego kryterium nie będą brane pod uwagę przy ocenie. Zaleca się, by na każdym dokumencie rekomendacji  jednoznacznie wskazać, którego punktu w  wykazie dotyczy dany dokument.

………………………………………..

Podpis