**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

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

**Zamawiający:**

**Powiat Pabianicki/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

**ul. Traugutta 6a**

**95-200 Pabianice**

WYKAZ ZREALIZOWANYCH USŁUG

Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu oświadczam / oświadczamy, że zrealizowałam/em następujące usługi:

| Lp. | **Tytuł i zakres usługi** | **Liczba uczestników** | **Wartość zrealizowanej usługi  (brutto, w zł)** | **Data wykonania (rozpoczęcie  i zakończenie realizacji  z dokładnością do miesiąca)** | **Odbiorca/ zleceniodawca usługi  (nazwa, dane teleadresowe)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Do wszystkich / każdej z wyżej wymienionych przez Wykonawcę usług, należy załączyć dokument/-y potwierdzające, że dana usługa została wykonana lub jest wykonywana należycie.

………………..……......, dnia……………....……… .....................................................

pieczątka i podpis wykonawcy/ wykonawców