*Załącznik 1*

(pieczęć firmy) miejscowość, data ...................................

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dane wykonawcy

Nazwa: ...............................................................................................

Siedziba: ..............................................................................................

Numer telefonu: ..............................................................................................

Numer faksu: ..............................................................................................

Numer NIP: ..............................................................................................

Adres e-mail: …………………………………………………………………………….……………………………….

**UWAGA; proszę podać czytelny; adres e-mail i nr faksu na który wykonawca będzie otrzymywał od zamawiającego wszystkie informacje związane z prowadzonym postępowaniem po otwarciu ofert i upewnienie się , że faks i email działa poprawnie.**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **Organizacja rehabilitacji wraz z aktywizacją zdrowotną w ramach realizacji projektu**”

oferujemy realizację przedmiotu zamówienia:

**Cena Brutto na 1 uczestnika ……………………………………….. pln**

**Cena brutto ogółem przedmiotu zamówienia …………………… PLN;**

**słownie**: ................................................................................................................................... **zł**

Stacjonarny turnus rehabilitacyjny dla 24 uczestników zostanie zorganizowany w ośrodku pod nazwa/miejscowość i adres: .............................

Osobą do kontaktów z zamawiającym odpowiedzialną za wykonanie usługi i uprawnioną do zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego jest:

1.......................................................................................

2………………………………………………………………

( imię i nazwisko, funkcja)

**Termin organizacji turnusu od……………………… do ………………….. (……….dni pobytowych)**

* oświadczamy, że cena brutto obejmuje wszystkie koszty realizacji przedmiotu zamówienia (koszty wyżywienia, zakwaterowania, świadczeń zdrowotnych, opłaty klimatycznej, ubezpieczenia uczestników i opiekunów od następstw nieszczęśliwych wypadków, usług wypoczynkowych, kulturalno – oświatowych oraz innych świadczeń objętych przedmiotem umowy), w tym ewentualne koszty obciążające Wykonawcę w związku ze skorzystaniem z potencjału innych podmiotów (w tym podwykonawców) dla realizacji zamówienia.
* oświadczamy, że uzyskaliśmy od Zamawiającego wszelkich informacji niezbędnych do rzetelnego sporządzenia niniejszej oferty zgodnie z wymogami określonymi w SIWZ;
* oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze SIWZ i istotnymi postanowieniami umowy i nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz uznajemy się za związanych określonymi w niej zasadami postępowania, przez okres 30 dni od daty otwarcia ofert;
* oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia odpowiada wymaganiom określonym dla danego zadania opisanego w SIWZ;
* oświadczamy, że zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na warunkach, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego;
* oświadczamy, że jesteśmy (jestem) upoważnieni do reprezentowania Wykonawcy;
* oświadczamy, że wszystkie kartki naszej oferty łącznie ze wszystkimi załącznikami są ponumerowane i cała oferta składa się z............. kartek

Załącznikami do niniejszej oferty są:

...........................................................................................

...........................................................................................

...........................................................................................

......................................... dnia .........................................

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

imię i nazwisko, podpisy osób upoważnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

*Załącznik 2*

………………dnia……………………

**OŚWIADCZAM**

że przystępując do **postępowania na Organizacja rehabilitacji wraz z aktywizacją zdrowotną w ramach realizacji projektu** spełniam warunki określone w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych, (Dz. U. 2013, poz. 907 z późn. zm. – dalej ustawy),

**oraz**

**OŚWIADCZAM**

że przystępując do **postępowania na Organizacja rehabilitacji wraz z aktywizacją zdrowotną w ramach realizacji projektu** nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 ustawy

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 kk.

**........................................................................**

(**imię i nazwisko, podpis upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy)**

**Załącznik nr 3**

....................................................................

....................................................................

....................................................................

(Nazwa i adres wykonawcy)

...................................., dnia ....................... 2014 r.

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ   
ZGODNIE Z ART. 24 ust. 2 pkt.5**

W związku ze złożeniem oferty w przetargu nieograniczonym na **Organizacja rehabilitacji wraz z aktywizacją zdrowotną w ramach realizacji projektu** prowadzonym na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Tekst jedn. Dz. U. z 2013 r. poz. 907 z późn. zm.) oświadczam, że:

* **należę do grupy kapitałowej,** **o której mowa w art. 24 ust 2 pkt. 5 ustawy, w załączeniu przedkładam listę /**
* **nie należę do grupy kapitałowej \***

\* niepotrzebne skreślić

....................................................................  
(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)

*Załącznik 4*

………………………….. ………………………..

Pieczęć firmy miejscowość, data

**WYKAZ NIEZBĘDNYCH DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

**NARZĘDZI I URZĄDZEŃ**

Data: ...........................................................

Nazwa wykonawcy: ...............................................................................................................

wykaz narzędzi, wyposażenia zakładu i urządzeń technicznych dostępnych wykonawcy usługi w celu realizacji zamówienia wraz z informacją o podstawie dysponowania tymi zasobami

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Podstawa dysponowania** |
|  | * Ośrodek, w którym mają odbywać się turnusy rehabilitacyjne adres/nazwa ……………………………………. * Ośrodek spełnia wymagania dla osób niepełnosprawnych tak/nie\*, * posiada bazę żywieniową (stołówkę) i noclegową zgodnie z opisanym warunkiem tak/nie\*, * oferujemy pokoje 2 osobowe z pełnym węzłem sanitarnym w.c., prysznic lub wanna umywalka, telewizor tak/nie\* * Ośrodek dysponuje zapleczem technicznym i lokalowym do realizacji programów turnusów oraz aktywnych form rehabilitacji zgodnie z wymaganiami opisanymi w SIWZ tak/nie\* * Dysponuje zapleczem do realizacji zajęć kulturalno-oświatowych oraz zapleczem rekreacyjno-wypoczynkowym zgodnie z wymaganiami opisanymi w SIWZ tak/nie\* * Dysponuję 2 salami wykładową tak/nie\* * Dysponuję 1 pracownią komputerową (12 stanowisk komuterowych,12 laptopów) tak/nie\*   Na potwierdzenie powyższego należy przedłożyć folder ośrodka z w/w informacjami lub płyta CD lub szczegółowy opis |  |

\* niepotrzebne skreślić

…………………………………………………………………………..

podpisy Wykonawcy lub osób

uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

*Załącznik 5*

………………………………. ……………………………

pieczęć firmy miejscowość, data

**WYKAZ OSÓB**

wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych i doświadczenia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko**  **(nazwa podmiotu)** | **Kwalifikacje zawodowe**  **/ukończone kursy/**  **szkolenia/ zdobyte**  **umiejętności /wiedza/**  **doświadczenie** | **Podstawa do dysponowania osobą** |
|  | kierownik odpowiedzialny za przebieg turnusu ………………………………………. | osoba posiadająca wykształcenie wyższe z zakresu pedagogiki i zarządzania w pomocy społecznej, ukończony kurs dla kierowników wypoczynku, min …… letnie doświadczenie w organizacji turnusów wypoczynkowych z doświadczeniem w pracy z osobami niepełnosprawnymi :  ……………………………………………………….  ………………………………………………………  (należy wymienić okres i gdzie nabyto doświadczenie) |  |
|  | Pielęgniarka  ………………………………………. | Osoba posiadająca wykształcenie medyczne i prawo wykonywania zawodu pielęgniarki oraz min ……… letnie doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi:  ……………………………………………………….  ………………………………………………………  (należy wymienić okres i gdzie nabyto doświadczenie) |  |
|  | specjalista do spraw rehabilitacji ruchowej / rehabilitant  ………………………………………. | osoba posiadająca wykształcenie wyższe, kwalifikacje fizjoterapeuty i min 3 letnie doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi:  ……………………………………………………….  ………………………………………………………  (należy wymienić okres i gdzie nabyto doświadczenie) |  |

……………………………………………………………………

podpisy Wykonawcy lub osób

uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

*Załącznik nr 6*

**WZÓR UMOWY**

zawarta w Busku – Zdroju w dniu ……………… 2015 r. pomiędzy:

**Powiatem Buskim – Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Busku – Zdroju przy al. Mickiewicza 27, NIP 655-177-04-12**

reprezentowanym przez Starostę Buskiego, w imieniu którego działa upoważniony Dyrektora PCPR w Busku – Zdroju – Pan Andrzej Smulczyński

zwanym w dalszej części umowy **Zamawiającym**

a

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

zwanym w dalszej części umowy **Wykonawcą**

w wyniku przeprowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego o wartości mniejszej niż kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy PZP postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 39 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm.).

**§1**

1. Zamawiający oświadcza, że realizuje projekt pn. „Nowy Zawód – Nowy Start” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 – 2013 Priorytet VII Promocja integracji społecznej, Działanie 7.1 Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji, Poddziałanie 7.1.2 Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie, nr umowy **UDA-POKL.07.01.02-26-002/14-02**.
2. Na podstawie niniejszej Umowy Wykonawca na rzecz Zamawiającego zobowiązuje się zorganizować i przeprowadzić minimum 10 - dniową usługę rehabilitacyjną wraz z aktywizacją zdrowotną w ramach projektu systemowego pn. „Nowy Zawód – Nowy Start”, dla 24 osób niepełnosprawnych będących uczestnikami projektu wskazanych przez Zamawiającego.
3. Osoby niepełnosprawne będące uczestnikami usługi rehabilitacyjnej posiadają ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, o którym mowa w art. 1, art. 4, art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 1997 r, Nr 123 poz. 776 z późniejszymi zmianami).
4. Wykonawca zobowiązany jest wykonać przedmiot umowy zgodnie niniejszą umową oraz z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, a w szczególności zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz.1694).
5. Wykonawca w ramach przedmiotu niniejszej umowy zapewni:
6. zakwaterowanie wszystkich uczestników w pokojach dwuosobowych, dostosowanych do osób niepełnosprawnych,   
   z pełnym węzłem sanitarnym, wyposażone w telefon, telewizor, czajnik elektryczny,
7. pełne wyżywienie (śniadanie, obiad, podwieczorek, kolacja) w stołówce położonej na terenie ośrodka,
8. bezpłatną całodobową opiekę medyczną (stała opieka lekarska i pielęgniarska),
9. opłacenie taksy klimatycznej za wszystkich uczestników usługi,
10. przeprowadzenie 2 badań lekarskich (pierwsze zakończone wskazaniem zabiegów leczniczych),
11. przeprowadzenie zabiegów rehabilitacyjnych dla wszystkich uczestników usługi (minimum 5 zabiegów rehabilitacyjnych dziennie dla jednej osoby wg zaleceń lekarza ośrodka przez 10 dni),
12. odpowiednio do schorzeń uczestników projektu dobrze wyposażoną bazę zabiegową obejmującą co najmniej: hydroterapię, fizykoterapię, kinezyterapię, krioterapię, masaże,
13. bezpłatną bazę wypoczynkowo – rekreacyjną, w tym basen wraz z obsługą ratowniczą, a także inne zaplecze rekreacyjno-sportowe,
14. zapewnienie uczestnikom wieczorku zapoznawczego przy muzyce, grilla / ogniska oraz innego typu atrakcji miejscowych wraz z poczęstunkiem odpowiednim do tego typu imprez,
15. ubezpieczenie NNW dla każdego uczestnika usługi obejmujące, całodobowy minimum 10 dniowy udział w usłudze rehabilitacyjnej,
16. opiekuna grupy, który odpowiedzialny będzie za prawidłową realizacje usługi, będzie do dyspozycji uczestników usługi rehabilitacyjnej, przygotuje dokumentację opisową i w postaci zdjęć oraz przeprowadzi ankiety ewaluacyjne na koniec.
17. Szczegółowy zakres świadczonej usługi określa rozdział 3 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia – Opis przedmiotu zamówienia.

**§2**

Termin wykonania niniejszej umowy (organizacja rehabilitacji wraz z aktywizacją zdrowotną w ramach realizacji projektu) Strony ustalają na……………………………….

**§3**

1. Wykonawca oświadcza, że dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym, posiada kwalifikacje, uprawnienia, niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania z należytą starannością usługi objętej niniejszą umową i zobowiązuje się do ich wykorzystywania.
2. Wykonawca oświadcza, iż jest wpisany do rejestru organizatorów turnusów rehabilitacyjnych, a usługa rehabilitacyjna prowadzona będzie w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, w których mogą odbywać się usługi / turnusy rehabilitacyjne i że powyższe wpisy obejmują okres trwania niniejszej umowy.
3. Wykonawca oświadcza, że jest uprawniony do organizowania turnusów dla osób niepełnosprawnych a ośrodek, w którym odbędzie się usługa jest uprawniony do przyjmowania osób niepełnosprawnych.
4. Wykonawca zobowiązuje się do:
5. zabezpieczenia usługi od strony organizacyjnej, technicznej i kadrowej w sposób gwarantujący osobom niepełnosprawnym bezpieczne warunki uczestnictwa w usłudze rehabilitacyjnej i prawidłową realizację usługi zgodnie z jej programem,
6. rzetelnego i terminowego załatwiania spraw związanych z realizacją przedmiotu umowy,
7. udzielania i udostępniania Zamawiającemu rzetelnych informacji i wyjaśnień oraz niezbędnych dokumentów w okresie obowiązywania Umowy na każde jego żądanie,
8. bezzwłocznego informowania o wszelkich nieprawidłowościach zaistniałych w trakcie trwania usługi rehabilitacyjnej oraz wszelkich istotnych dla przebiegu przedmiotu umowy zdarzeniach,
9. przestrzegania w ramach umowy, Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.),
10. umożliwienia Zamawiającemu dokonywania sprawdzeń wykonania przedmiotu umowy oraz monitorowania przebiegu jej realizacji,
11. przekazania Zamawiającemu informacji o przebiegu usługi w terminie 21 dni od dnia zakończenia przedmiotu zamówienia, sporządzonej odrębnie dla każdego uczestnika,
12. przechowywania dokumentacji związanej z realizacją zamówienia do dnia 31 grudnia 2020r. w sposób zapewniający dostępność, poufność i bezpieczeństwo. W przypadku konieczności przedłużenia tego terminu Zamawiający powiadomi Wykonawcę przed jego upływem,
13. oznaczenie logo POKL i UE miejsc, z których korzystać będą uczestnicy usługi (sala zajęciowa, itp.), dokumentów oraz materiałów dydaktycznych, które na własność otrzyma każdy uczestnik spotkań terapeutycznych, list obecności i innej dokumentacji związanej z realizacją przedmiotu umowy, zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi oznaczania projektów w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.
14. Wykonawca poniesie we własnym zakresie wszelkie koszty związane z realizacją niniejszej umowy.
15. Wykonawca nie może przenieść praw i obowiązków wynikających z umowy na rzecz osób trzecich.
16. Wykonawca nie może powierzyć wykonania zadań innemu organizatorowi.
17. Wykonawca odpowiada za prawidłową realizację programu usługi oraz miejsce jego realizacji, uwzględniając rodzaj niepełnosprawności, schorzenie lub dysfunkcję uczestników usługi.

**§4**

* + 1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do:

1. wglądu do dokumentów Wykonawcy związanych z realizowanym przedmiotem umowy, w tym dokumentów finansowych,
2. kontroli przebiegu i sposobu prowadzenia usługi rehabilitacyjnej bez uprzedniego powiadomienia Wykonawcy,
3. niezwłocznego rozwiązania umowy w razie nienależytego jej wykonywania przez Wykonawcę, po uprzednim pisemnym zawiadomieniu o stwierdzonych nieprawidłowościach i wyznaczeniu terminu na ich usunięcie oraz po stwierdzeniu braku usunięcia tych nieprawidłowości.
   * 1. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt a i b upoważnieni pracownicy Zamawiającego mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonywania zadania oraz żądać udzielenia ustnie lub na piśmie informacji dotyczących wykonania zadania.
     2. Wykonawca na żądanie kontrolującego jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.
     3. Wykonawca zobowiązany jest do poddania się kontroli przez inne podmioty uprawnione do przeprowadzania kontroli zadań realizowanych w ramach projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 – 2013.

**§5**

Po zakończeniu realizacji przedmiotu umowy Wykonawca jest obowiązany przedłożyć Zamawiającemu wraz z dokumentami rozliczeniowymi (fakturą) uzupełnione przez uczestników ankiety ewaluacyjne.

**§6**

1. Wykaz uczestników usługi i ich opiekunów zostanie przekazany Wykonawcy do 7 dni przed rozpoczęciem usługi rehabilitacyjnej.
2. Wzór listy obecności oraz ankiety ewaluacyjnej zostanie przekazany Wykonawcy przez Zamawiającego.

**§7**

1. Całkowity koszt usługi rehabilitacyjnej jaki Zamawiający zapłaci Wykonawcy zgodnie z niniejszą umową obejmuje uczestnictwo 24 osób niepełnosprawnych.
2. Strony ustalają, że koszt usługi rehabilitacyjnej, niepodlegający podwyższeniu w trakcie obowiązywania umowy, dla jednej osoby niepełnosprawnej wynosi ………………. zł brutto (słownie: ………………………….……….….). Łączny koszt całej usługi wynosi………….….zł brutto (wraz z podatkiem VAT) (słownie:……………………...…………………….).
3. Wynagrodzenie Wykonawcy płatne będzie po wykonaniu przedmiotu umowy i przedłożeniu wymaganych umową dokumentów, faktur VAT oraz po ich sprawdzeniu i zaakceptowaniu przez Zamawiającego, z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszego paragrafu umowy.
4. Pozostała część kosztów usługi zostanie przekazana na rachunek bankowy organizatora w terminie do 14 dni po doręczeniu faktury VAT do siedziby Zamawiającego wraz z wymaganymi dokumentami.
5. Rozliczenie przekazanego dofinansowania nastąpi na podstawie faktur imiennych potwierdzających opłacenie uczestnictwa osoby niepełnosprawnej lub/i pobytu na usłudze rehabilitacyjnej określających kwotę dofinansowania.
6. Zamawiający przeleje zapłatę na rachunek bankowy Wykonawcy w Banku ……..…….………… nr konta……………………..
7. W przypadku opóźnień w dokonaniu płatności na rzecz Wykonawcy, nie wynikających z przyczyn zawinionych przez Zamawiającego, Wykonawca nie będzie naliczał Zamawiającemu odsetek ustawowych.
8. Płatności dokonywane będą ze środków współfinansowych Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego.

**§8**

Zamawiający upoważnia Wykonawcę, zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr. 101, poz. 926 z późn. zm.), do przetwarzania danych osobowych uczestników projektu oraz zobowiązuje go do zachowania w tajemnicy danych osobowych, do których uzyska dostęp w związku z wykonywaniem umowy.

**§9**

1. Zamawiający ma prawo nałożenia na Wykonawcę kary umownej w wysokości 10 % zapłaty brutto określonego w § 7 ust. 2 za każdy przypadek niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.
2. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną za odstąpienie od umowy bądź jej rozwiązanie bez wypowiedzenia   
   z przyczyn zależnych od Wykonawcy, w wysokości 20 % wynagrodzenia brutto określonego w § 7 ust. 2.
3. Zamawiający może dochodzić ponadto na zasadach ogólnych odszkodowań uzupełniających, jeżeli kara umowna nie pokrywa poniesionej szkody.

**§10**

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy przez Wykonawcę Zamawiający zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym.
2. W przypadku wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach. W takim wypadku Wykonawca może żądać wyłącznie zapłaty z tytułu wykonania części umowy.

**§11**

Nadzór nad przebiegiem realizacji usług będących przedmiotem umowy będą pełnić:

1. ze strony Zamawiającego – **Pan Leszek Zelek** – Koordynator Projektu,
2. ze strony Wykonawcy - ……………………… .

**§12**

Wszelkie zmiany postanowień niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności

**§13**

Umowa wraz z Załącznikiem nr 1 sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z czego dwa egzemplarze otrzymuje Zamawiający, a jeden egzemplarz Wykonawca.

……………………………… ………………………………

podpis Zamawiającego podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa usługi** | | **wartość usługi (zł)** | **Liczba**  **Osób** | | **Data wykonania** | **Nazwa i adres zleceniodawcy** | **Doświadczenie własne /oddane do dyspozycji** |
|  |  | |  |  | |  |  | Własne/  oddane do dyspozycji\* |
|  |  | |  |  | |  |  | Własne/  oddane do dyspozycji |
|  |  | |  |  | |  |  | Własne/  oddane do dyspozycji\* |
|  |  | |  |  | |  |  | Własne/  oddane do dyspozycji |
|  |  | |  |  | |  |  | Własne/  oddane do dyspozycji\* |
|  |  | |  |  | |  |  | Własne/  oddane do dyspozycji |
|  |  | |  |  | |  |  | Własne/  oddane do dyspozycji |
| **Wartość usług razem;** | | |  | | ……………………………………………………………………….. | | | |
|  | | \* niepotrzebne skreślić  ………………………………………………………  (podpis osoby uprawnionej do reprezentacji) | | | | | | |

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG W CIĄGU OSTATNICH 3 LAT,   
A JEŻELI OKRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI JEST KRÓTSZY – W TYM OKRESIE**