*Załącznik Nr 6 do SWZ*

Nr sprawy: **: PN/US/01/2023**

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

**WYKONAWCA/WYKONAWCY**

**(pełna nazwa/y i adres/y)**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługi restauracyjne dla mieszkańców**  **Domu Pomocy Społecznej** **przy ul. Rojnej 15 w Łodzi w okresie od 01.03.2023 r. do 28.02.2024 r.**, oświadczam:/my że w celu oceny spełniania warunku określonego w punkcie 8.8 SWZ wskazuję/emy następujące usługi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa, rodzaj i zakres usług | Okres świadczenia usługi | Wartość brutto usługi | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego usługi zostały wykonane |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…………………….(miejscowość), data………………………….r.

………………………………….

(podpis Wykonawcy)