Załącznik Nr 3 do Oferty

**Informacja o Wykonawcy**

Nazwa Wykonawcy:

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

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

Siedziba, adres Wykonawcy:

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

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

Tel./fax: ........................................................

E-mail: .........................................................

 **Miejski Ośrodek**

 **Pomocy Społecznej**

 **w Malborku**

 **Ul. Słowackiego 74**

 **82 – 200 Malbork**

**Wykaz usług wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia: **„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi - w zakresie Integracji Sensorycznej dla Klientów Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Malborku w 2022 roku”**

 prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Malborku”

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotów na rzecz, których zostały wykonane usługi** | **Ilość godzin wykonanych specjalistycznych usług opiekuńczych** | **Nazwa i zakres wykonanych lub wykonywanych specjalistycznych usług opiekuńczych (przedmiot zamówienia)** | **Data wykonania wykazanych specjalistycznych usług opiekuńczych (daty od – do)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………………………………………………………

 *miejscowość, data*

 ……………………………………

*czytelny podpis (imię i nazwisko) lub podpis wraz z pieczęcią imienną Wykonawcy lub osoby/osób*

 *właściwie do tego upoważnionej/upoważnionych*