

Znak: MOPR –DKA-ZP-341/1/2024

Zamawiający
 Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
 w Suwałkach
 ul. Filipowska 20
 16-400 Suwałki

Wykonawca

.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności
 od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)
reprezentowany przez:

.....

(Imię, nazwisko, stanowisko do reprezentacji)

Wykaz usług
zrealizowanych przez wykonawcę w okresie ostatnich trzech lat
przed upływem terminu składania ofert

Lp.	Rodzaj, zakres zamówienia i miejsce realizacji	Całkowita wartość	Termin realizacji od – do (podać rok i miesiąc)	Nazwa zamawiającego*

*należy dołączyć odpowiednio dokumenty potwierdzające należyte wykonanie zamówienia

.....
 Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy/ Wykonawców. Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF