WYKAZ USŁUG

**1. Zamawiający:**

Gmina Miasto Reda

ul. Gdańska 33

84-240 Reda

NIP 588-235-10-74

**2. Wykonawca**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów) | Adres(y)  Wykonawcy(ów) | NIP | REGON |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego realizowanego w trybie przetargu nieograniczonego pn.: Dowożenie dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Miasta Redy do placówek oświatowych w okresie od stycznia do sierpnia 2019 r. **Postępowanie 28.ZF.PN.U.2018**, oświadczam(my), że w celu oceny spełniania warunku określonego w Rozdziale IV pkt 2 ppkt c SIWZ wykazuję/emy następującą usługę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Przedmiot usługi wykonanej samodzielnie lub przez podmiot udostępniający zasoby** | **Wartość usługi** | **Data wykonania usługi** | **Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego usługa została wykonana** |
| **1** |  |  |  |  |

Oświadczamy, że:

Poz. 1 wykazu stanowi zdolność techniczna lub zawodową wykonawcy składającego ofertę,

poz. 1 wykazu jest zdolnością techniczną lub zawodową oddaną do dyspozycji przez inny/inne\* podmiot/y\*

\*niepotrzebne skreślić

…………………………………. ……..…………………………………………

Miejscowość /data Podpis(y) osoby(osób) upoważnionych do podpisania niniejszej oferty w imieniu wykonawcy(ów)