……......................., ............................

Miejscowość, dnia

**Załącznik Nr 10 do SWZ**  **Nr postępowania: RIZN.271.40.2024.MF**

**WYKAZ USŁUG**

**Wykonawca:**

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

(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

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

(adres Wykonawcy/Wykonawców w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

**Email:**…………………………………………………………………………**tel**.:…………………………………………………….……………

**KRS/CEIDG**\* (\*niepotrzebne skreślić) …………………………..………….........................................................................

**Reprezentowany przez:** ………………………………………………………………………………………………………………….……

(imię i nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Dotyczy realizacji zamówienia pn:

**„Odbieranie i zagospodarowanie odpadów komunalnych od właścicieli nieruchomości**

**na terenie Gminy Regnów”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wykaz usług z podobnych do przedmiotu zamówienia  (wymienić zleceniodawcę, nazwę zadania, zakres usług) | Wartość brutto usług  [zł] | Czas realizacji  początek/ zakończenie  dd/mm/rrrr | Wpisać podmiot realizujący usługi\*  (\*kolumna dotyczy ofert wspólnych) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM PRZEZ OSOBĘ LUB OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WYKONAWCY**