

**GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W STARYM DZIERZGONIU**  
**82-450 Stary Dzierzgoń 54/1**  
**tel. 55 276 14 04**  
[gops-starydzierzgon@home.pl](mailto:gops-starydzierzgon@home.pl)

*Zapytanie ofertowe „Świadczenie usług schronienia dla osób bezdomnych z terenu Gminy Stary Dzierzgoń”*

Załącznik Nr 3

.....  
(pieczęć firmowa Wykonawcy)

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG SCHRONIENIA DLA OSÓB BEZDOMNYCH**

| l.p. | Zakres rzeczowy wykonanej usługi | Ilość osób, których dotyczyła wykonana usługa | Miejsce wykonania | Data wykonania zamówienia |
|------|----------------------------------|---|-------------------|---------------------------|
| 1    | 2                                | 3   | 4                 | 5                         |
|      |                                  |   |                   |                           |
|      |                                  |   |                   |                           |
|      |                                  |   |                   |                           |
|      |                                  |   |                   |                           |
|      |                                  |   |                   |                           |

UWAGA: Należy dołączyć dokumenty (opinie/referencje) potwierdzające, że usługi zostały wykonane należycie.

Miejscowość, data: .....

.....  
*podpis i pieczęć imienna osoby/osób właściwej/ych do reprezentowania Wykonawcy*