

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 zamówień 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