Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego

……………………………….., dnia ………………………….

......................................................................

(Nazwa i dokładny adres Wykonawcy)

**Wykaz usług**

potwierdzający spełnianie warunku określonego w Zapytaniu ofertowym dla zadania pn.:

**„Dowozu dzieci niepełnosprawnych z terenu gminy Pątnów wraz z opieką do placówek   
i z powrotem od dnia 01.09.2025 r. do dnia 26.06.2026 r.”**

| Lp. | Opis  przedmiotu zamówienia | Całkowita  wartość brutto  usługi | Termin realizacji | | Nazwa Zamawiającego, na rzecz którego usługi zostały wykonane |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data  rozpoczęcia | Data  zakończenia |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

.............................................................

Podpis Wykonawcy/upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy