**ZAŁĄCZNIK nr 6 do SWZ**

**Wykaz usług**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres Zamawiającego, osoba do kontaktu**(imię i nazwisko, telefon) | **Przedmiot zamówienia** | **Data realizacji zamówienia**(od-do) | **Liczba wykonanych usług transportu osób starszych i/lub z niepełnosprawnością**  |
|  |  |  |  |  |