**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** |
|  |  |  |  |  |