



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Załącznik nr 9

do Zapytania Ofertowego nr 1/2025/WSM/PSONI z dn. 24.11.2025 r.

**WYKAZ robót/ usług**  
**świadczonych przez wykonawcę w okresie ostatnich lat**

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

L.p.	Określenie wykonanej roboty/ usługi (przedmiotu zamówienia z uwzględnieniem opracowanych dokumentów)	Odbiorca roboty/ usługi (nazwa i adres)	Data wykonania	Wartość roboty/ usługi (netto/ brutto)
1.				
2.				
...				

Do powyższego wykazu dołączamy następujące dowody na potwierdzenie, że ww. usługi zostały wykonane należycie:

1) .....

2) .....

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć oferenta)

\* Wykonawca wykaże, iż wykonał należycie roboty o tożsamym charakterze w okresie min. 5 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, co najmniej 2 robót o tożsamym charakterze za kwotę min. 1,5 mln zł