`

Dotyczy: prowadzenie spotkań superwizyjnych dla Zespołu Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym.

**WYKAZ USŁUG**

w imieniu:

……………..…………………………………………………………………………………,

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

 *pełna nazwa/firma Wykonawcy, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**wykaz usług** wykonanych lub rozpoczętych i wykonywanych nie wcześniej niż w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem daty i miejsca wykonania oraz podmiotów, na rzecz których usługi te zostały wykonane - zgodnie z wymaganiami Zapytania ofertowego

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa podmiotu, który realizował usługi | Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego realizowane były usługi | Okres realizacji usług (termin rozpoczęcia i termin zakończenia; dzień/miesiąc/rok) | Opis rodzaju wykonywanych usług *potwierdzenie spełnienie warunku udziału w postępowaniu* |
| *1.* | *2.* | *3.* | *4.* | *5.* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

UWAGA:

Zamawiający zastrzega sobie prawo żądania przedłożenia referencji lub innych dokumentów na potwierdzenie spełnienia warunku.

 …………………........ …..……………………………….

*(miejscowość, data) (podpis Wykonawcy)*