# Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego

……..…………………………, ………….………

Miejscowość data

**Nr postępowania:** 05/LifeSkills/2020 z 21 grudnia 2020 r.

**WYKAZ POTWIERDZAJĄCYCH DOŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

1. Wykaz potwierdzających spełnienie warunku: tj. minimum 200 godzin doświadczenia w realizacji szkoleń/warsztatów odpowiadających przedmiotowi zamówienia w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy w tym okresie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa usługi** | **Opis wykonanej usługi** | **Okres wykonania usługi od (miesiąc/rok) – do (miesiąc/rok)** | **Nazwa podmiotu, na rzecz, którego usługa została wykonana**  |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Wykaz potwierdzających spełnienie warunku: tj. minimum 25 godz. doświadczenia
w realizacji szkoleń/ warsztatów skierowanych do osób z niepełnosprawnościami w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy w tym okresie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa usługi** | **Opis wykonywanej usługi** | **Okres wykonania usługi od (miesiąc/rok) – do (miesiąc/rok)** | **Nazwa podmiotu, na rzecz, którego usługa została wykonana**  |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Oświadczam (-y), że wskazane w załączniku usługi zostały wykonane należycie, co potwierdzają przekazane referencje.

**………………………………….**

**Podpis / pieczęć / Oferenta**