



 Załącznik nr 7 do SIWZ

................................................................................... ................................., dnia ....................... 2018 r.

  *(Nazwa i adres Wykonawcy)*

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG W CIĄGU OSTATNICH 3 LAT, A JEŻELI OKRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI JEST KRÓTSZY – W TYM OKRESIE**

Składany do zadania

**„Organizacja i przeprowadzenie sześciodniowego pobytu rehabilitacyjnego dla łącznie 50 osób w ramach projektu pn. „ Projekt poprawiający dostęp do usług wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej, usług opiekuńczych i asystenckich w powiecie wagrowieckim” wspólfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Opreacyjnego na lata 2014 - 2020**

**OŚWIADCZAM(Y), ŻE**

 Wykonałem(wykonaliśmy) następujące USŁUGI:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.**  | **Rodzaj wyjazdu/warsztatów/miejsce wyjazdu**  | **Ilość osób niepełnosprawnych w organizowanym wyjeździe**  |  **Okres trwania usługi związanej z organizacją** **wyjazdów (w dniach)**  | **Wskazanie czy ośrodek był przystosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych**  | **Ilość pokoi przystosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych**  | **Zleceniodawca**  | **Doświadczenie własne** **/oddane do dyspozycji**  |
| 1  |  |  |  |  |  |  | Własne/ oddane do dyspozycji\*  |
| 2  |  |  |  |  |  |  | Własne/ oddane do dyspozycji\*  |

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

 (podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)