

**Załącznik 9 do WZUS**

**Nr sprawy: GOPS.1.2018**

**Wykaz wykonywanych a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, głównych usług związanych z przedmiotem zamówienia w okresie ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert, z podaniem przedmiotu, dat wykonania i podmiotów na rzecz, których usługi zostały wykonane do oceny oferty w ramach kryterium nr 2**

Nazwa Wykonawcy.....

Adres Wykonawcy.....

Nr tel.....Nr fax..... e-mail:.....

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

**Tytuł zamówienia:**

**„Usługi społeczne w ramach projektu „Zwiększenie zakresu usług wsparcia rodziny na terenie gminy Tryncza”.**

na potrzeby oceny oferty w ramach kryterium nr 2 poniżej przedstawiam następujący wykaz

Lp.	Nazwa usługi zgodnie z wymogami WZUS	Podmiot na rzecz, którego usługa została wykonana / nazwa i adres /	Liczba godzin szkoleniowych/ oraz liczba uczestników przeszkolonych	Data wykonania usługi (dzień – miesiąc - rok)	
				Rozpoczęcie	Zakończenie
1.					
2.					
3.					
4.					
5					

....., dnia.....

/miejscowość/

.....  
/podpis osoby uprawnionej do występowania  
w obrocie prawnym reprezentowania Wykonawcy  
i składania oświadczeń woli w jego imieniu/