

Nr zam.: OZ.271.193.8.2017.MZY.Szkol.Gr.EFS

Załącznik nr 6 do SIWZ

.....
(nazwa/pieczęć Wykonawcy)

WYKAZ USŁUG

na potwierdzenie spełniania warunku posiadania zdolności technicznej i zawodowej opisanego w rozdz. V pkt 1 ppkt 2) lit. a) SIWZ

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest usługa szkoleniowa pn. **"Opiekun medyczny osób starszych, chorych i niepełnosprawnych z elementami rehabilitacji i językiem niemieckim"** przedkładam Wykaz usług wraz z dowodami:

L. p.	Podmiot na rzecz, którego główna usługa została wykonana /jest wykonywana (nazwa i adres)	Opis przedmiotu (rodzaj) wykonanej /wykonywanej usługi	Data wykonania /data wykonywania od... do ...(należy podać dzień, miesiąc, rok)	Wartość zamówienia (min. 6.000,00 zł brutto każda usługa)	Usługa szkoleniowa grupowa (należy podać liczbę osób uczestniczących w szkoleniu – grupa min. 5-os.)
1					
2					
3					
4..					
5..					

Powyższy wykaz obejmuje usługi zrealizowane przez (wypełnić, w sytuacji, gdy Wykonawca polega na „zdolnościach technicznych lub zawodowych” innego podmiotu zgodnie z art. 22a ustawy Pzp.

Do wykazu należy dołączyć dowody potwierdzające należyte wykonanie usług /referencje, oświadczenia/.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji powyższych danych.

....., dnia.....r.
(miejscowość)

.....
podpis(y) osób(y)
upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy
lub Pełnomocnika Wykonawców
wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia