

Numer postępowania: MCOO/ZP/CKZ/17/18

Załącznik nr 6 do Ogłoszenia

WYKAZ USŁUG
na potwierdzenie spełniania warunków udziału
w postępowaniu
(wskazać odpowiednio)

Wykaz usług na potwierdzenie odpowiedniego doświadczenia do wykonania zamówienia pn:
**PRZEPROWADZENIE KURSÓW BARISTYCZNYCH
W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO
WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO 2014-2020**

A. DANE WYKONAWCY:

Wykonawca/Wykonawcy:

.....
.....

Adres:

.....
.....

NIP/PESEL:

Działając w imieniu i na rzecz ww. Wykonawcy przedstawiam wykaz należycie wykonanych usług:

I.p.	Dane podmiotu zamawiającego usługę	Daty wykonanych usług	Opis wykonanej usługi
	- nazwa/firma, - adres	dzień, miesiąc i rok	- rodzaj/opis kursu - liczba uczestników
a	b	c	d

..... pieczęć Wykonawcy	 Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy
----------------------------	--