**WYKAZ DOŚWIADCZENIA**

(KRYTERIUM POZACENOWE)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko: | | |
| Miejsce świadczenia usługi  (nazwa, adres, numer kontaktowy) | Okres świadczenia usługi (podać daty od – do) | Opis doświadczenia w prowadzeniu zajęć jogi dla kobiet w ciąży i jogi poporodowej |
|  |  |  |

……………………………………………

Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy