**Załącznik nr 2**

**do Zapytania ofertowego**

**Zamawiający:**

OPTIMAL SPÓŁDZIELNIA SOCJALNA

ul. ul. Jacka Malczewskiego 22, 58-309 Wałbrzych

Usługa objęta zamówieniem:

„Usługi fizjoterapii w miejscu zamieszkania”

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

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

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa zamówienia**  **(przedmiot USŁUGI)** | **Wartość brutto** | **Data realizacji** | | **Nazwa Zamawiającego (nazwa, adres, nr telefonu do kontaktu)** |
| **Rozpoczęcie (data)** | **Zakończenie**  **(data)** |
| .. |  |  |  |  |  |
| .. |  |  |  |  |  |
| .. |  |  |  |  |  |

Jednocześnie oświadczam, że, w okresie ostatnich 3 lat, a w przypadku krótszego okresu działalności – w okresie mojej działalności, zrealizowałem (lub jest w trakcie realizacji) co najmniej dwa zamówienia polegające na świadczeniu usług fizjoterapii obejmującej co najmniej okres 24 miesiące każde, dla min. 20 osób jednocześnie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |