……………………………………

miejscowość, data

**DOŚWIADCZENIE W ZAKRESIE OFEROWANYCH USŁUG W ZAKRESIE ZAJĘĆ Z EDUKACJI WŁĄCZAJĄCEJ I PROFILAKTYKI I INTEGRACJI SENSORYCZNEJ**

Nazwa Wykonawcy …………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres / nazwa zajęć** | **Nazwisko trenerów którzy przeprowadzili dane zajęcia i będą oddelegowani do realizacji przedmiotu zamówienia** | **Instytucja dla której prowadzone były zajęcia** | **ilość godzin**  **przeprowadzonych zajęć** | **okres realizacji zadania w ciągu ostatnich 24 miesięcy (**a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy- w tym okresie) |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |  |

***\**** *Należy dodać tyle wierszy, ile jest konieczne, oraz zsumować ilość godzin szkolenia na koniec wykazu*

Dołączyć CV, referencję, kopie zaświadczeń potwierdzające doświadczenie zgodnie z warunkami opisanymi w Zapytaniu

**……………………………….**

Podpis upoważnionej osoby