**Załącznik nr 4 do zapytania nr 1B/HDA/NSKZ/2026-** **Oświadczenie potwierdzające doświadczenie w udzielaniu tożsamego wsparcia**

………………………….…

Miejscowość i data

**WYKAZ POSIADANEGO UDOKUMENTOWANEGO DOŚWIADCZENIA W UDZIELANIU WSPARCIA W TOŻSAMYM ZAKRESIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy :** |  |
| **Adres zamieszkania/adres siedziby Wykonawcy :** |  |
| **Numer telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **NIP:** |  |
| **REGON:** |  |

*Doradca (IMIĘ I NAZWISKO)* ……………………………………………………………[[1]](#footnote-1)

**WYKSZTAŁCENIE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Instytucja**  **(daty od-do)** | **Uzyskane stopnie lub dyplomy (załączone do niniejszej oferty):** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**WYKAZ USŁUG:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Termin realizacji usług (miesiąc/rok)** | **Pełna nazwa, adres oraz numer telefonu podmiotu, na rzecz którego zadania/czynności były realizowane** | **Nazwa/zakres wsparcia** | **Grupy docelowe na rzecz której realizowane były usługi** | **Liczba zrealizowanych godzin** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy odpowiedzialności   
za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

………………………..……………………

(Podpis Wykonawcy/osoby/osób reprezentującej/cych Wykonawcę)

1. Należy wskazać imię i nazwisko doradcy, który będzie prowadził konsultacje. W przypadku, gdy Wykonawca wyznacza więcej niż 1osoba do realizacji zamówienia, należy wypełnić kolejne oświadczenia wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego, w liczbie odpowiedniej do liczby wyznaczonych osób wskazując na każdym oświadczeniu odpowiednio imię i nazwisko, którego dotyczy oświadczenie. W przypadku Wykonawców realizujących zamówienie osobiście, należy wpisać imię i nazwisko Wykonawcy. [↑](#footnote-ref-1)