**Załącznik nr 9 do SWZ**

**WYKAZ USŁUG POTWIERDZAJĄCYCH OKOLICZNOŚCI, O KTÓRYCH MOWA**

**W ROZDZIALE V UST. 1 PKT 4 LIT. a SWZ**

**„Kompleksowa organizacja i przeprowadzenie szkoleń dla osób świadczących bezpośrednie usługi społeczne.”**

**nr ROPS.III.K.510.13.2023**

Nazwa Wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Zakres szkolenia/****warsztatu/ kursu oraz opis potwierdzający spełnienie wymagań Zamawiającego, określonych w SWZ** | **Data wykonania** | **Wartość** | **Podmiot na rzecz którego usługi zostały wykonane** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***elektroniczny podpis osoby/ osób uprawnionych***

***do wystąpienia w imieniu Wykonawcy***