**ROPS.VI.48.1.3.2024**

**Załącznik nr 8 do SWZ**

**WYKAZ USŁUG**

**w postępowaniu Jedno trzydniowe obowiązkowe szkolenie online dla członków zespołów interdyscyplinarnych oraz grup diagnostyczno-pomocowych, organizowane zgodnie z art. 9a ust. 5a ustawy z 29 lipca 2005 r o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 424)**

**potwierdzających okoliczności, o których mowa w Rozdziale V ust. 1 pkt 4) ppkt 1) SWZ wykonanych w okresie 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie**

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot na rzecz którego usługi zostały wykonane (nazwa, adres, dane kontaktowe)** | **Przedmiot zamówienia/Zakres szkolenia**  **oraz opis potwierdzający spełnienie wymagań Zamawiającego - SWZ Rozdział V ust. 1 pkt 4) ppkt. 1) SWZ** | **Data wykonania**  **( od – do )** | **Liczba osób** | **Szkolenie dla kadr i służb społecznych (wpisać TAK/NIE)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

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

***do wystąpienia w imieniu Wykonawcy\****

\*Formularz musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym