**IPR.272.1.51.2018 Załącznik nr 3**

**Zamawiający:**

**Powiat Łęczyński**

**ul. Al. Jana Pawła II 95A,**

**21-010 Łęczna**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres )*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: „**Zakup specjalistycznych usług doradczych: psychoterapeuty, seksuologa, psychiatry, dietetyka ds. osób z niepełnosprawnością w ramach projektu pn.: „Ośrodek Wsparcia Rodzin w Powiecie Łęczyńskim”**.

Oświadczam/my, że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie wykonałem/liśmy/ 2 usługi polegające na świadczeniu usług doradczych z zakresu rzeczowego w danej części w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku opisanego w zapytaniu ofertowym, zgodnie z poniższym wykazem:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | |  | | --- | | **Nazwa i rodzaj spotkań** | | **Liczba godzin** | **Liczba osób objętych wsparciem** | **Termin realizacji** | **Nazwa Zleceniodawcy** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| **SUMA GODZIN** | |  |  | | |

……………………………………………………… ………….…………….. …………….…………….

(miejscowość, data) (czytelny podpis lub podpis i pieczątka imienna   
 upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy)