**Załącznik nr 9 do SWZ**

**WYKAZ USŁUG**

**potwierdzających okoliczności, o których mowa**

**w rozdziale v ust. 1 pkt 4 ppkt a SWZ wykonanych w okresie 3 lat przed upływem terminu składania ofert,**

**a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie**

**Kompleksowa organizacja i przeprowadzenie jednego szkolenia**

 **2-dniowego w ramach projektu pn. „Efekt synergii – koordynacja lubuskiego włączenia społecznego”**

**nr ROPS.V.5.13.2023.IS**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Zakres szkolenia****oraz opis potwierdzający spełnienie wymagań Zamawiającego, określonych w SWZ** | **Data wykonania** | **Wartość****zamówienia** | **Liczba osób** | **Podmiot na rzecz którego usługi zostały wykonane** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

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

***do wystąpienia w imieniu Wykonawcy***