***Załącznik nr 4 do Części I SIWZ***

pieczęć Wykonawcy

**WYKAZ WYKONANYCH GŁÓWNYCH USŁUG**

**dla potrzeb potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu**

Ja(my), niżej podpisany(i) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego pn. **„Zorganizowanie i przeprowadzenie kursu specjalistycznego „Terapia bólu przewlekłego u dorosłych” dla pielęgniarek i położnych w ramach projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem”,** oświadczam(y), że w okresie, o którym mowa w pkt. 8.2.2. Części I SIWZ, Wykonawca wykonał lub wykonuje następujące usługi:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane podmiotu zamawiającego usługę (nazwa/firma, adres)** | **Data wykonania usługi (dzień, miesiąc i rok)** | **Opis usługi** |
| **Tytuł kursu** | **Zakres usługi (wskazać, czy usługa obejmowała zapewnienie sali szkoleniowej)** | **Ilość uczestników** | **Nr strony oferty** **z referencjami** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Celem potwierdzenia, że usługi wskazane w wykazie zostały wykonane lub są wykonywane należycie, w załączeniu przedkładam(y) stosowne dokumenty.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dn.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***(podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(-ób) upoważnionej(-ych)*** ***do reprezentowania Wykonawcy)*** |