

Rzeczpospolita
PolskaUnia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

.....
(nazwa Wykonawcy)

Wykaz usług odpowiadających opisowi punkt V.3.3.a SWZ

Lp.	Opis usługi ¹	Data wykonania (od do)	Odbiorca	Wykonawca

Wykaz usług odpowiadających opisowi punktu V.3.3.b SWZ

Lp.	Opis usługi ²	Data wykonania (od do)	Odbiorca	Wykonawca

Do wykazów załączam dowody potwierdzające należyte wykonanie usług

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)

- a) w okresie ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert (a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy, to w tym okresie) wykonał usługi dla co najmniej 20 osób z niepełnosprawnościami, obejmujące łącznie: (1) ocenę potrzeb w zakresie kompetencji zawodowych, (2) szkolenia zawodowe, (3) indywidualne lub grupowe poradnictwo zawodowe;
- b) w okresie ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert (a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy, to w tym okresie) wykonał usługi co najmniej dla 20 osób z zaburzeniami psychicznymi obejmujące łącznie: (1) analizę stanu zdrowia psychicznego, (2) przygotowanie programu interwencji, (3) prowadzenie działań wsparcia psychologicznego.

¹ uwaga proszę podać liczbę osób objętych usługą, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi oraz wskazać jaki zakres obejmowała usługa, w szczególności czy w jej zakresie były: (1) ocenę potrzeb w zakresie kompetencji zawodowych, (2) szkolenia zawodowe, (3) indywidualne lub grupowe poradnictwo zawodowe;

² uwaga proszę podać liczbę osób objętych usługą, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi oraz wskazać jaki zakres obejmowała usługa, w szczególności czy w jej zakresie były: (1) analizę stanu zdrowia psychicznego, (2) przygotowanie programu interwencji, (3) prowadzenie działań wsparcia psychologicznego.