**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 szkoleń w ramach projektu pn. „Efekt synergii – koordynacja lubuskiego włączenia społecznego” w podziale na części

Część A: Kompleksowa organizacja i przeprowadzenie dwóch 1-dniowych szkoleń, każde dla 20 osób

Część B: Kompleksowa organizacja i przeprowadzenie dwóch 2-dniowych szkoleń, każde dla 20 osób

Część C: Kompleksowa organizacja i przeprowadzenie dwóch 3-dniowych szkoleń, każde dla 20 osób

**Składany dla Części: …………………………………………….. ( wskazać numer Części, której dotyczy oświadczenie)**

 **Znak sprawy : ROPS.V.5.47.2024.IS**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot na rzecz którego usługi zostały wykonane** | **Zakres szkolenia****oraz opis potwierdzający spełnienie wymagań Zamawiającego, określonych w SWZ** | **Data wykonania** | **Wartość****zamówienia** | **Liczba osób** | **Czy uczestnikiem szkoleń była kadra, o której mowa w Załączniku nr 1A, 1B, 1C ( tak/nie)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

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

***do wystąpienia w imieniu Wykonawcy***