

.....
Dane Wykonawcy / Wykonawców występujących wspólnie

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia na:

Usługę przeprowadzenie „Farmakoterapia bólu” dla uczestników projektu pn. „Czas na profesjonalistów”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej 12 Edukacja, Kwalifikacje i Kompetencje, Działanie 12.4 Kształcenie Zawodowe
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

**Wykaz usług szkoleniowych wykonanych w okresie ostatnich 3 lat (lata 2015-2017),
w celu wykazania spełniania warunku posiadania niezbędnej wiedzy i doświadczenia do wykonania zamówienia ¹**

Co najmniej jeden kurs/szkolenie grupowe o tożsamej tematyce stanowiącej przedmiot zamówienia z załączonym dokumentem,
że usługi te zostały wykonane należycie.

Lp.	Nazwa szkolenia tożsama z przedmiotem zamówienia	Liczba osób przeszkolonych	Wartość umowy	Termin realizacji	Nazwa i adres odbiorcy (Zamawiającego usługę) + data wydania referencji
1.					
2.					
3.					
	Razem				

(miejsce,..... data.....)

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania
Wykonawcy / Wykonawców występujących wspólnie)

¹ Do każdej usługi wskazanej w Wykazie należy załączyć dokument wystawiony przez odbiorcę (Zamawiającego usługę) potwierdzający, że usługa została wykonana należycie.