**ZP.271.24.2023 Załącznik nr 6 do SWZ**

**Wykonawca:**

..................................................

*miejscowość, data*

…………………………… **Gmina Markowa**

*(pełna nazwa/firma, adres,* **Markowa 1399**

*w zależności od podmiotu:* **37 – 120 Markowa**

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**WYKAZ USŁUG**

**w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunków wiedzy i doświadczenia do** wykonani usług pn**.: „****Prowadzenie specjalistycznych szkoleń oraz poradnictwa na potrzeby projektu „Świadomie bez przemocy” od stycznia do 31 marca 2024 roku”**

| **Lp.** | **Rodzaj usług**  **(z uwzględnieniem wykazania realizacji zakresu wymaganego SWZ)** | **Termin realizacji** | | **Nazwa i adres podmiotu na rzecz których usługi te zostały wykonane** | **Dofinansowanie (program, oś priorytetowa, itp.)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data**  **rozpoczęcia** | **Data**  **zakończenia** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

………………………………………………………………………………………………

(pieczątki imienne i podpisy

osób uprawnionych do reprezentowania)

\* Wykaz wraz z załączeniem dowodów określających, czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a jeżeli wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie wykonawcy