Załącznik nr 5 do SWZ

**Wykaz usług**

**Ja/ my niżej podpisani:**

……………………………….......................................................................................................

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

działając w imieniu i na rzecz:

………………………………..........................................................................................................................................................................................................................

*(pełna nazwa Wykonawcy/ Wykonawców w przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienie)*

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym pn. **„Przygotowanie i przeprowadzenie szkoleń pn. „ZOGA FACE”, „GAMP-Globalna Analiza Mięśniowo-Powięziowa” oraz „Diagnostyka Funkcjonalna dla masażystów” w ramach projektu „Aktywna Szkoła 3”**

1. przedkładamy **wykaz wykonanych usług** w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania opisanego przez Zamawiającego warunku w zakresie zdolności technicznej i zawodowej Wykonawcy:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa Wykonawcy (podmiotu), wykazującego spełnianie warunku** | **Przedmiot usługi****(nazwa i zakres umożliwiający porównanie z wymogami SWZ)** | **Podmiot, na rzecz którego są wykonywane/były wykonywane usługi** | **Daty zawarcia umów oraz** **terminy ich realizacji** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

Uwaga: Do wykazu należy dołączyć dowody określające czy wskazane w wykazie usługi zostały wykonane należycie w szczególności informacje o tym czy zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot na rzecz którego były wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy;

1. **Dysponuję/będę dysponować** w okresie realizacji przedmiotu zamówienia wykwalifikowanym personelem (min. 1 trenerem do każdego szkolenia):
2. **szkolenie „ZOGA FACE” przeprowadzi:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko oraz wykształcenie osoby, której doświadczenie jest punktowane** | **Informacja o podstawie dysponowania daną osobą (np. umowa o dzieło, umowa o pracę)** | **tytuł i data przeprowadzonego szkolenia oraz podmiot na rzecz którego realizowano szkolenie** | **Liczba godzin szkoleniowych** | **Informacja o dokumencie potwierdzającym uprawnienia do prowadzenia kursu** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

1. **szkolenie „GAMP – Globalna Analiza Mięśniowo-Powięziowa” przeprowadzi:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko oraz wykształcenie osoby, której doświadczenie jest punktowane** | **Informacja o podstawie dysponowania daną osobą (np. umowa o dzieło, umowa o pracę)** | **tytuł i data przeprowadzonego szkolenia oraz podmiot na rzecz którego realizowano szkolenie** | **Liczba godzin szkoleniowych** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

1. **szkolenie „Diagnostyka funkcjonalna dla masażystów” przeprowadzi:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko oraz wykształcenie osoby, której doświadczenie jest punktowane** | **Informacja o podstawie dysponowania daną osobą (np. umowa o dzieło, umowa o pracę)** | **tytuł i data przeprowadzonego szkolenia oraz podmiot na rzecz którego realizowano szkolenie** | **Liczba godzin szkoleniowych** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

**……………………………………..**

Podpis osoby upoważnionej