## Zestawienie składające się ze znaku Funduszy Europejskich z napisem Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego, flagi Rzeczpospolitej Polskiej, znaku Unii Europejskiej z napisem finansowane przez Unię Europejską.

## *Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej aleja IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce telefon 41 395 12 42 fax 41 395 16 79 e-mail sekretariat.ROPS@sejmik.kielce.pl*

## *Załącznik nr 7 do Zapytania ofertowego*

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

nazwa i adres wykonawcy

**WYKAZ USŁUG NA KRYTERIUM OCENY OFERT „DODATKOWE DOŚWIADCZENIE WYKONAWCY”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis doświadczenia i kwalifikacji zawodowych (zgodnie z rozdz. X pkt 3b Zapytania ofertowego)**  Wykazanie przeprowadzenia każdej dodatkowej usługi, ponad wymagane (tj.2), która polegała  na organizacji wizyty studyjnej lub wizyty studyjno-szkoleniowej szkolenia/warsztatu do podmiotów ekonomii społecznej/jednostek samorządu terytorialnego/instytucji pomocy i integracji społecznej  w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od daty upływu terminu składania ofert. | **Data wykonania**  (DD/MM/RRRR) | **Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana**  (nazwa, adres, numer telefonu) |
| 1. | Nazwa usługi:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... |  |  |
| 2. | Nazwa usługi:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3. | Nazwa usługi:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |  |  |
| 4. | Nazwa usługi:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |  |  |

…………………………………….. ………………………………………..

Miejscowość, data Podpis/y Wykonawcy/osoby/osób upoważnionej/ych

do reprezentowania Wykonawcy