**Załącznik nr 2 do Zapytania Ofertowego MGOPS.26.2.2023**

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………… | …………………………………………… |
| /nazwa Wykonawcy, adres/ | /miejscowość, data/ |

#### WYKAZ DOŚWIADCZENIA

**na realizację zadania pn. *„Przeprowadzenie terapii ruchowej dla uczestników Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnego  
w Putkowicach Nadolnych w 2024r.”,***

***Składając ofertę przedstawiam wykaz doświadczenia w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **PODMIOT NA RZECZ KTÓREGO WYKONANO USŁUGĘ (NAZWA I ADRES)** | **ZAKRES USŁUGI** | **DATA WYKONANIA USŁUGI**  **OD dd.mm.rrrr DO dd.mm.rrrr** | **LICZBA OSÓB OBJĘTYCH USŁUGĄ** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | …………………………………………… |
|  | /podpis Wykonawcy lub upoważnionego przedstawiciela/ |