**Zał. nr 4 do SWZ**

**nr ROPS.VI.45.2.2.2023**

Zamawiający:

Województwo Lubuskie - Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej

w Zielonej Górze

Al. Niepodległości 36

65-042 Zielona Góra

**Wykonawca:**

…………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………

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

**WYKAZ USŁUG**

**w postępowaniu o zamówienie publiczne nr ROPS.VI.45.2.2.2023**

pn.: kompleksowa usługa edukacyjna, realizowana na tereniewoj. lubuskiego, polegająca na organizacji i przeprowadzeniu szkolenia z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie, w tym realizacji usług z nią powiązanych, w szczególności:

w zakresie zapewnienia przez Wykonawcę wyspecjalizowanej kadry szkoleniowej, opiekuna technicznego grupy, zaplecza techniczno-organizacyjnego, materiałów szkoleniowych/informacyjnych, usług restauracyjnych i podawania posiłków, usług hotelarskich, noclegowych i konferencyjnych, realizowanej w podziale na części:

Część I – Jedno trzydniowe szkolenie z zakresu: Profilaktyki przemocy, zasad prowadzenia oddziaływań poprzedzających wystąpienie zjawiska przemocy.

Część II – Jedno trzydniowe szkolenie z zakresu: Etapów pracy z osobami doznającymi przemocy w rodzinie i stosującymi przemoc w rodzinie.

Część III – Jedno trzydniowe szkolenie z zakresu: Przemocy wobec dziecka,

Składając ofertę, w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu oświadczamy, że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres działalności jest krótszy w tym okresie, należycie wykonałem (zakończyłem), co najmniej 2 (dwie) usługi o podobnym charakterze\* i o wartości nie mniejszej niż 35 000,00 zł brutto/każda usługa.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Informacja dot. zakresu usługi (np. szkolenie , w tym zapewnienie wykwalifikowanej kadry, noclegu, wyżywienia itp.) | Nazwa podmiotu, na rzecz którego usługa została zrealizowana | Data realizacji usługi |
| 1 |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

……………………………………….

Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty\*

*\*Wykaz usług musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*