**Załącznik nr 8 do SWZ**

**WYKAZ USŁUG**

**potwierdzających okoliczności, o których mowa**

**w Rozdziale V ust. 1 pkt 4 ppkt a) SWZ wykonanych w okresie 3 lat przed upływem terminu składania ofert,**

**a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie**

**w postępowaniu pn.:** **Kompleksowa usługa edukacyjna, realizowana na terenie woj. lubuskiego, polegająca na organizacji i przeprowadzeniu trzydniowych szkoleń w czterech edycjach (każda edycja obejmująca 3 dni szkoleń) z zakresu przeciwdziałania przemocy domowej, w tym obowiązkowych szkoleń dla członków zespołów interdyscyplinarnych i grup diagnostyczno-pomocowych, w szczególności poprzez zapewnienie przez Wykonawcę: wyspecjalizowanej kadry szkoleniowej, opiekuna technicznego grupy, zaplecza techniczno-organizacyjnego, materiałów szkoleniowych/informacyjnych, usług restauracyjnych i podawania posiłków, usług hotelarskich, noclegowych i konferencyjnych**

**Znak sprawy nr ROPS.VI.48.1.4.2024**

Nazwa Wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot na rzecz którego usługi zostały wykonane** | **Zakres szkolenia****oraz opis potwierdzający spełnienie wymagań Zamawiającego, określonych w SWZ – tematyka związana z przeciwdziałaniem przemocy domowej** | **Data wykonania** | **Liczba osób** | **Czy uczestnikiem szkoleń była kadra, o której mowa w Załączniku nr 1 do SWZ - OPZ ( tak/nie)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

***elektroniczny podpis osoby/ osób uprawnionych***

***do wystąpienia w imieniu Wykonawcy***