Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego nr 4/AW/PZN/2017

**WYKAZ USŁUG NA RZECZ RODZIN Z OSOBAMI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ ZREALIZOWNAYCH PRZEZ OFERENTA W CIĄGU OSTATNICH 3 LAT**

Imię i nazwisko Oferenta: ………………………………………………………………….

telefon, e-mail:

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

**Do: Polski Związek Niewidomych, ul. Konwiktorska 9, 00-216 Warszawa**

Dot. zapytania ofertowego na wybór Wykonawcy – specjalisty ds. aktywizacji społecznej i wsparcia rodzin do przeprowadzenia wsparcia rodzinno-integracyjnego dla uczestników projektu „Aktywna Warszawa – program wsparcia społeczno-zawodowego rodzin z osobami z dysfunkcją wzroku” nr RPMA.09.01.00-14-2159/15.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Termin realizacji**  **od dd/mm/rrrr do dd/mm/rrrr** | **Liczba godzin** | **Nazwa, adres, telefon Odbiorcy usług lub Zamawiającego na rzecz którego zrealizowano wsparcie na rzecz rodzin z osobami niepełnosprawnymi (w zakresie aktywizacji społecznej i wspierania rodzin)** |
| 1. |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

W załączeniu dowody potwierdzające, że usługi te zostały wykonane należycie.

|  |  |
| --- | --- |
| *Miejscowość …………………..,*  *Data ……………………………..…* | *……………………………………………………*  ***Czytelny podpis Oferenta*** |