Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 7

…………………………………………

*(nazwa i adres wykonawcy)*

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH USŁUG**

(zgodnych z wymaganiami opisanymi w rozdziale VII ust. 5 pkt 2 SWZ)

Dotyczy:

**Szkolenia w ramach projektu pn. „Utworzenie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej środkiem do poprawy jakości kształcenia pielęgniarek
w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Głogowie”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot usługi**  | **Miejsce wykonania/ Podmiot na rzecz którego była wykonywana usługa** | **Wartość zamówienia** | **Data wykonania/okres wykonania** |
| **b.1** |  |  |  |
| **b.1** |  |  |  |
| **b.1**  |  |  |  |
| **b.1**  |  |  |  |
| **b.1**  |  |  |  |
| **b.2**  |  |  |  |
| **b.2**  |  |  |  |
| **b3** |  |  |  |
| **b3** |  |  |  |
| **b3** |  |  |  |
| **b.3** |  |  |  |
| **b.4** |  |  |  |
| **b.4** |  |  |  |
| **b.5** |  |  |  |
| **b.5** |  |  |  |

Uwaga:

do wykazu należy dołączyć dowody określające czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie Wykonawcy.

 *.....................................................................*

*(miejsce, data)*

*(podpis/podpisy osoby/osób uprawnionych/upoważnionych*

*do reprezentowania wykonawcy)*