



Załącznik nr 3

do zapytania ofertowego nr RPDS. 09.03.00-02-0010/20-00/14

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

o zakresie doświadczenia w obszarze usług lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej i chorób wewnętrznych

Imię i nazwisko

.....

Lp.	Podmiot, dla którego, lub w ramach działalności którego zrealizowano usługę (nazwa i adres)	Okres realizacji usług zrealizowanych przed dniem złożenia oferty	Liczba osób dla których świadczono usługi w mieszkaniach chronionych i/lub wspomaganych	Dane kontaktowe do osoby mogącej potwierdzić należyte wykonanie usługi: imię, nazwisko, instytucja/nazwa projektu, telefon, email
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Oferenta