SDD/PR/TCM/ZO/3/2017 Załącznik nr 3

………………………………………..

………………………………………. ………………………………………..

 miejscowość, data

……………………………………….

 Nazwa, adres Wykonawcy

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA PSYCHOLOGA REALIZUJĄCEGO USŁUGĘ**

**Imię i nazwisko** ……………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *LP* | *NAZWA USŁUGI* | *LICZBA GODZIN UDZIELONEGO WSPARCIA* | *NAZWA I ADRES ZLECENIODAWCY* |
| *1* |  |  |  |
| *2* |  |  |  |
| *3* |  |  |  |
| *4* |  |  |  |
| *5* |  |  |  |
| *6* |  |  |  |
| *7* |  |  |  |
| *8* |  |  |  |
| *9* |  |  |  |
| *10* |  |  |  |

 ….………..….………………………………………………..

 podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy, pieczęć