SDD/PR/TCM/ZO/01/2018 Załącznik nr 4b

………………………………………..

………………………………………. ………………………………………..

 miejscowość, data

……………………………………….

 Nazwa, adres Zleceniobiorcy

**Wykaz posiadanego udokumentowanego doświadczenia**

**w świadczeniu usług psychologicznych w dziedzinie seksuologii**

**w wymiarze godzinowym**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Termin realizacji usług psychologicznych | Pełna nazwa, adres oraz numer telefonu podmiotu na rzecz którego realizowane były usługi  | Zakres usług, w tym liczba godzin zrealizowanych usług  |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 k.k.

 ….………..….………………………………………………..

 podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Zleceniobiorcy, pieczęć