Załącznik nr 6 do IWZ

***Wykonawca:***

***Zamawiający:***

*Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży*

*ul. Akademicka 14*

*18-400 Łomża*

Dotyczy postępowania na świadczenie usług społecznych pn:

**„Przygotowanie i przeprowadzenie certyfikowanych szkoleń – kursów dla studentów kierunku Fizjoterapia WNoZ PWSIiP w Łomży”**

**Nr sprawy: KZp.272.24.2020.KPKIII**

**WYKAZ USŁUG – doświadczenie Wykonawcy**

wykonanych w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie

***Zadanie 1 −* Przygotowanie i przeprowadzenie certyfikowanego szkolenia – kursu pn. „REHABILITACJA W SPORCIE”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot zamówienia***  ***(nazwa/przedmiot/zakres usługi)*** | ***Data wykonania usługi***  ***(dd-mm-rrrr)*** | ***Wartość  zamówienia*** | ***Podmiot na rzecz którego usługa została wykonana*** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

***Zadanie 2 −* Przygotowanie i przeprowadzenie certyfikowanego szkolenia – kursu pn. „MASAŻ FUNKCJONALNY APARATU RUCHU”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot zamówienia***  ***(nazwa/przedmiot/zakres usługi)*** | ***Data wykonania usługi***  ***(dd-mm-rrrr)*** | ***Wartość  zamówienia*** | ***Podmiot na rzecz którego usługa została wykonana*** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

***Zadanie 3 −* Przygotowanie i przeprowadzenie certyfikowanego szkolenia – kursu pn. „MASAŻ   
LECZNICZY SEGMENTARNY”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot zamówienia***  ***(nazwa/przedmiot/zakres usługi)*** | ***Data wykonania usługi***  ***(dd-mm-rrrr)*** | ***Wartość  zamówienia*** | ***Podmiot na rzecz którego usługa została wykonana*** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

***Zadanie 4 −* Przygotowanie i przeprowadzenie certyfikowanego szkolenia – kursu pn. „KONCEPCJA TERAPII OBRZĘKOWEJ - DRENAŻ LIMFATYCZNY”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot zamówienia***  ***(nazwa/przedmiot/zakres usługi)*** | ***Data wykonania usługi***  ***(dd-mm-rrrr)*** | ***Wartość  zamówienia*** | ***Podmiot na rzecz którego usługa została wykonana*** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

***Zadanie 5 −* Przygotowanie i przeprowadzenie certyfikowanego szkolenia – kursu pn. „OSTEOPATIA STRUKTURALNA I CHIROPRAKTYKA METODY DR ACKERMANNA”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot zamówienia***  ***(nazwa/przedmiot/zakres usługi)*** | ***Data wykonania usługi***  ***(dd-mm-rrrr)*** | ***Wartość  zamówienia*** | ***Podmiot na rzecz którego usługa została wykonana*** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

***Zadanie 6 −* Przygotowanie i przeprowadzenie certyfikowanego szkolenia – kursu pn. „FUNKCJONALNA OSTEOPATIA I INTEGRACJA”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot zamówienia***  ***(nazwa/przedmiot/zakres usługi)*** | ***Data wykonania usługi***  ***(dd-mm-rrrr)*** | ***Wartość  zamówienia*** | ***Podmiot na rzecz którego usługa została wykonana*** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

***Zadanie 7 −* Przygotowanie i przeprowadzenie certyfikowanego szkolenia – kursu pn. „NAPIĘCIOWE BÓLE GŁOWY”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot zamówienia***  ***(nazwa/przedmiot/zakres usługi)*** | ***Data wykonania usługi***  ***(dd-mm-rrrr)*** | ***Wartość  zamówienia*** | ***Podmiot na rzecz którego usługa została wykonana*** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

***Zadanie 8 −* Przygotowanie i przeprowadzenie certyfikowanego szkolenia – kursu pn. „MIĘŚNIOWO - POWIĘZIOWA TERAPIA MIEDNICY I KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWEGO”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot zamówienia***  ***(nazwa/przedmiot/zakres usługi)*** | ***Data wykonania usługi***  ***(dd-mm-rrrr)*** | ***Wartość  zamówienia*** | ***Podmiot na rzecz którego usługa została wykonana*** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

***Zadanie 9 −* Przygotowanie i przeprowadzenie certyfikowanego szkolenia – kursu pn. „NOWOCZESNA TERAPIA KRĘGOSŁUPA W ASPEKCIE DYSFUNKCJI NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot zamówienia***  ***(nazwa/przedmiot/zakres usługi)*** | ***Data wykonania usługi***  ***(dd-mm-rrrr)*** | ***Wartość  zamówienia*** | ***Podmiot na rzecz którego usługa została wykonana*** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

*Do wykazu należy załączyć dowody* określających 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 w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy; w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu.*

Wykonawca wypełnia tabele tylko w zakresie zadania na które składa ofertę.

*…............................................ ...............................................................*

*(miejsce i data* ) *(podpis osoby lub osób figurujących w rejestrach  
 uprawnionych do reprezentowania wykonawcy lub*

*uprawnionych we właściwym upoważnieniu)*