**Załącznik nr 9 do SWZ**

**WYKAZ USŁUG**

**w postępowaniu o zamówienie publiczne nr ROPS.VI.48.1.1.2024**

pn.:Obowiązkowe szkolenia online dla członków zespołów interdyscyplinarnych oraz grup diagnostyczno-pomocowych, organizowana zgodnie z art. 9a ust. 5a ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 424)\*, realizowana w podziale na części;

***Część I*** *–**Jedno trzydniowe szkolenie online dla członków zespołów interdyscyplinarnych oraz grup diagnostyczno-pomocowych, realizowane zgodnie   
z art. 9a ust. 5a ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 424);*

***Część II*** *– Jedno trzydniowe szkolenie online dla członków zespołów interdyscyplinarnych oraz grup diagnostyczno-pomocowych, realizowane zgodnie   
z art. 9a ust. 5a ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 424);*

***Część III*** *– Jedno trzydniowe szkolenie online dla członków zespołów interdyscyplinarnych oraz grup diagnostyczno-pomocowych, realizowane zgodnie   
z art. 9a ust. 5a ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 424).*

**potwierdzających okoliczności, o których mowa**

**w Rozdziale V ust. 1 pkt 4) ppkt 1) SWZ wykonanych w okresie 3 lat przed upływem terminu składania ofert,**

**a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie**

Nazwa Wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Składany dla Części: …………………………………………….. ( wskazać numer Części, której dotyczy oświadczenie )

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot na rzecz którego usługi zostały wykonane (nazwa, adres, dane kontaktowe)** | **Przedmiot zamówienia** | **Zakres szkolenia**  **oraz opis potwierdzający spełnienie wymagań Zamawiającego - SWZ Rozdzial V ust. 1 pkt 4) ppkt. 1)** | **Data wykonania**  **( od – do )** | **Liczba osób** | **Szkolenie dla kadr i służb społecznych (wpisać TAK/NIE)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

***elektroniczny podpis osoby/ osób uprawnionych***

***do wystąpienia w imieniu Wykonawcy\****

\*Formularz musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym