**Załącznik nr 2**

**do rozeznania rynku nr 16/RR/ASOS/2020**

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG / DOŚWIADCZENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj wykonywanej pracy** (min. 3 lata pracy z osobami 60+, z niepełnosprawnością i zależnymi) | **Nazwa Pracodawcy / Zleceniodawcy** | **Okres od-do (miesiąc, rok)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…………………………….………… ….………………………….………………………….……

Miejscowość i data Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy