*Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

**Wykaz doświadczenia zawodowego w zakresie udzielania indywidualnych konsultacji psychoterapeutycznych oraz pracy z osobami z niepełnosprawnościami**

Dotyczy zapytania ofertowego nr **19/07/2018/PO z dnia 24.07.2018 r.** (Numer CPV 85121270-6) w ramach projektu **„Gotowi do zmian II ”** realizowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa/rodzaj inicjatywy oraz krótki opis działań, charakter działań (indywidualne)** | **Liczba uczestników, krótka charakterystyka uczestnika (w tym uczestnictwo osób niepełnosprawnych)** | **Okres wykonywania zadania** | **Zakres realizowanych zadań** | **Zamawiający** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…….………………………………

(podpis Wykonawcy/