*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

*…………………, dnia ………………*

*………………………………………………….*

*Dane teleadresowe Wykonawcy*

**Wykaz usług szkoleniowych realizowanych przez Wykonawcę/Trenera w dziedzinie
zgodnej z przedmiotem zamówienia w ciągu ostatnich 2 lat**

Dotyczy zapytania ofertowego - nr postępowania **19/09/2018/OP, data: 19.09.2018 r.** w ramach projektu pn.: „Gotowi do zmian II”, współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres Zamawiającego** | **Przedmiot zamówienia** | **Termin wykonania od - do** | **Liczba uczestników szkolenia** | **Zakres godzinowy szkolenia** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 …….………………………………

(podpis Wykonawcy)