**Załącznik nr 5 do siwz**

.....................................

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

**Wykaz usług odpowiadających opisowi pkt 6.2.1. siwz**

**zamówienie na Usługę Ośrodka Kompleksowej Rehabilitacji**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis usługi[[1]](#footnote-2) | Data wykonania (od do) | Odbiorca | Wykonawca |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Wykaz usług odpowiadających opisowi pkt 6.2.2. siwz**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis usługi[[2]](#footnote-3) | Data wykonania (od do) | Odbiorca | Wykonawca |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Do wykazów załączam dowody potwierdzające należyte wykonanie usług

......................................................

*(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)*

1. uwaga proszę podać liczbę osób objętych usługą, osób niepełnosprawnych oraz wskazać jaki zakres obejmowała usługa, w szczególności czy w jej zakresie były: (1) ocena potrzeb w zakresie rozwoju kompetencji zawodowych, (2) szkolenia zawodowe, (3) indywidualne lub grupowe poradnictwo zawodowe, (4) dobór kandydatów do ofert pracy oraz wsparcie w negocjowaniu warunków zatrudnienia. [↑](#footnote-ref-2)
2. uwaga proszę podać liczbę osób objętych usługą, oraz wskazać jaki zakres obejmowała usługa, w szczególności czy w jej zakresie były: (1) analiza stanu zdrowia, (2) przygotowanie programu rehabilitacji, (3) prowadzenie rehabilitacji medycznej. [↑](#footnote-ref-3)