Załącznik nr 8

Wykaz usług (realizowanych przez Wykonawcę) asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej lub innych o podobnym charakterze wykonanych w okresie 3 lat przed upływem terminu składania ofert – a jeżeli okres prowadzenie działalności jest krótszy – w tym okresie (wzór).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres kontrahenta | Ilość godzin | Wartość usługi brutto | Przedmiot usługi  |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3.  |  |  |  |  |

W załączeniu dowody potwierdzające, że ww. usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

Data i czytelny podpis osoby/osób uprawnionych: