**Wykaz doświadczenia Wykonawcy/osoby wykonującej usługę fizjoterapii (Załącznik nr 4)**

|  |
| --- |
|  |
| (Imię i Nazwisko Wykonawcy lub Osoby wykonującej usługę) |

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Data od (m-c/rok) | Data do (m-c/rok) | Ilość lat pracy | W tym z osobami niepelnosprawnymi (TAK/NIE) | Instytucja | Stanowisko/zakres obowiązków |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (miejscowość, data) |  | (podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej do występowania w imieniu Wykonawcy) |