*Załącznik nr 4 do SWZ*

Dane Wykonawcy:

………………………………..

………………………………..

………………………………..

**WYKAZ ZAPLECZA**

***Nazwa zamówienia: Kompleksowa organizacja usługi szkoleniowej dla 6 grup po 12 osób przyszłej kadry mieszkań wspomaganych.***

*Zamówienie realizowane jest z projektu „Niezależne życie – wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 Oś Priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8. Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym.*

Dysponuję/Dysponujemy lub będę/będziemy dysponować następującymi **potencjałem technicznym**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i adres obiektu** | **Kategoria obiektu:** **hotel/obiekt szkoleniowym** | **Gmina w której znajduje się obiekt** | **Opis obiektu typu:****Obiekt zapewnia: noclegi, wyżywienie wraz salą do przeprowadzenia zajęć edukacyjnych i z zapleczem gastronomicznym** | **Podstawa do dysponowania obiektem:**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………….……., dnia ………….……. r.

….………………………………………

(podpis osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy)

***Informacja dla wykonawcy:***

*Oświadczenie musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy* ***kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowodem).***