Załącznik nr 2

   **Wykaz zrealizowanych usług transportu dzieci niepełnosprawnych**

Nazwa Wykonawcy ……………………………………………………………………

Adres Wykonawcy …………………………………………………………………….

Telefon……………………………….. e-mail …………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Zakres przedmiotowy i data wykonanialub okres trwania usługi | Odbiorca | Wartość usługi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

*Data i podpisy osób uprawnionych*

*do składania oświadczeń woli*

*w imieniu Wykonawcy*