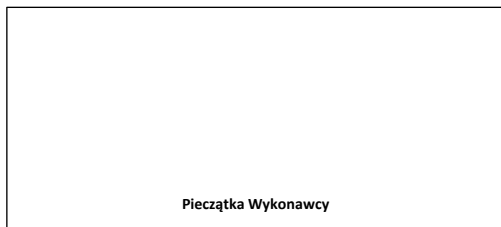


Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego nr 01/KSI/2016



**Zamawiający:**  
**Krajowe Stowarzyszenie Inicjatyw**  
04-088 Warszawa  
ul. Majdańska 9 lok. 62

## WYKAZ ZREALIZOWANYCH USŁUG/WYDARZEŃ DLA OSÓB DOROSŁYCH

Lp.	Nazwa Zamawiającego wraz z danymi teleadresowymi	Miejsce i termin realizacji usług	Wartość usług	Przedmiot usług, czas trwania usług, ilość uczestników/odbiorców	Osoba/Podmiot potwierdzający wykonanie usług	Potwierdzenie, że usługi zostały wykonane należycie (wpisać rodzaj)

Niniejszym wyrażam zgodę na sprawdzenie przez Zamawiającego podanych powyżej danych.

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*podpis osoby/osób uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy*