**I. Zamawiający:**

Świętokrzyska Sieć Lgd

Plac Staszica 6

26-021 Daleszyce

NIP: 657-291-11-54

**II. Wykonawca:**

Nazwa: ……………………………………

Adres: ……………………………………

Tel. ……………………………………

adres e-mail: ……………………………………

Osoba do kontaktów: ……………………………………

NIP/Regon: ……………………………………

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH USŁUG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Zleceniodawca usługi(Proszę podać pełną nazwę, adres siedziby, telefon i adres e-mail) | Zakres zrealizowanej usługi | Wartość | Termin realizacji |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **……………………………………...** |  | **……………………………………...** |
| **miejscowość, data** |  | **podpis/y osoby/osób reprezentujących wykonawcę** |