Załącznik nr 4 do Zaproszenia do składania ofert nr DZP-282-6/2023

............................, dnia .............

**Wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia**

**WYKONAWCA**

Nazwa:…………………………………………………………………………………………….

Adres:................................................................................................

Email:……………………………………………………….……………………………………

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest usługa realizacji szkoleń dla personelu Szpitala w ramach Grantu pn. „Poprawa dostępności Wielospecjalistycznego Szpitala SP ZOZ w Nowej Soli”, składam niniejszy wykaz osób skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko trenera/ -ki** | **Wykształcenie** | **Liczba lat doświadczenia w realizacji usług szkoleniowych lub doradztwa z zakresu dostępności oraz komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami**  Daty od - do | **Zrealizowane szkolenia z zakresu dostępności oraz komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami**  Tytuł szkolenia , data realizacji, wymiar godzinowy |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

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

data, czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy