Załącznik 4

Zapytania ofertowego nr 45/CIEM/DFZ/2017

…………………………………………………………………

Imię i nazwisko wykładowcy / trenera

**CV - wykładowcy/trenera**

W zapytaniu ofertowym mogą wziąć udział wykonawcy, którzy

* posiadają co najmniej dwuletnie doświadczenie w prowadzeniu szkoleń na poziomie instruktora z danego kursu (ale nie mniej, niż 5 kursów jako pełny instruktor)
* w trakcie każdego kursu zapewnią przynajmniej jednego instruktora, który jest lekarzem, posiadającym ww. uprawnienia

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Posiadane wykształcenie, odbyte kursy, szkolenia** | | | **Doświadczenie zawodowe / przeprowadzone kursy** | |
| **Wyksztalcenie** | **Kierunek / nazwa kursu, szkolenia** | **Nazwa uczelni / instytucji w której odbyto szkolenie** | **lata pracy, stanowisko / termin, rodzaj prowadzonego kursu** | **Zakres wykonywanych czynności** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

*……………………………………………..……………. ……………………………………………..…………….*

*Miejscowość, data Podpis osoby upoważnionej ze strony   
 Wykonawcy do podejmowania decyzji*