*Załącznik nr 4*

*do ogłoszenia o zamówieniu nr 1/Integration/2020/DFZ*

*……………………………………………*

Nazwa, siedziba Wykonawcy

**WYKAZ OSÓB**

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu na usługi społeczne nr 1/INTEGRATION/DFZ/2020 przekazuję informacje niezbędne do wykazania spełniania warunku udziału w postępowaniu, które będą brały udział w realizacji zamówienia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Posiadane wykształcenie, odbyte kursy, szkolenia** lub inne umożliwiające przeprowadzenie szkolenia o tematyce ultrasonografii | **Doświadczenie** w prowadzeniu szkolenia o tematyce ultrasonografii  |
| Imię i Nazwisko | WyksztalcenieKierunek / nazwa kursu, szkolenia | Nazwa uczelni/ instytucji, w której odbyto szkolenie | Lata pracy, lub przedział czasowy /od… do…./Stanowisko | Zakres wykonywanych czynności |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

1. Do wykazu należy dołączyć dokumenty potwierdzające posiadane wykształcenie tj. dyplom ukończenia studiów bądź certyfikaty/zaświadczenia lub inne umożliwiające prowadzenie szkolenia o tematyce ultrasonografii.
2. Oświadczam(y), że wszystkie informacje podane w powyższym wykazie osób są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………………………, dn. ……………………. ……………………………………………………

/miejscowość/  *podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(nych)*

*do reprezentacji wykonawcy*