*Załącznik nr 3*

*do zapytania ofertowego nr 41/Integration/2021/DFZ*

*……………………………………………*

Nazwa, siedziba Wykonawcy

**WYKAZ OSÓB**

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu na usługi społeczne nr 41/INTEGRATION/DFZ/2021 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 kursów języka angielskiego w farmacji | | **Doświadczenie**  w prowadzeniu kursów języka angielskiego w farmacji  (każdy kurs wypisać osobno) | |
| Imię i Nazwisko | Wyksztalcenie  Kierunek / nazwa kursu, szkolenia/ | Termin realizacji /od… do…./ | Nazwa szkolenia |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

1. Do wykazu należy dołączyć dokumenty potwierdzające posiadane wykształcenie tj. dyplom ukończenia studiów, certyfikaty/zaświadczenia lub inne umożliwiające prowadzenie kursów języka angielskiego w farmacji oraz dokumenty potwierdzające doświadczenie w prowadzeniu kursów języka angielskiego w farmacji.
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*