

Załącznik Nr 6 do Zapytania ofertowego

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia na:

**Przeprowadzenie szkolenia z zakresu farmakoterapii dla uczestników projektu nr RPLU.12.04.00-06-0017/17 pn. „Czas na profesjonalistów”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej 12 Edukacja, Kwalifikacje i Kompetencje,
Działanie 12.4 Kształcenie Zawodowe Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020**

.....

Dane Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie

**Wykaz osób, którymi dysponuje Wykonawca i które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia,
odpowiadających warunkom określonym w § 4 ust. 1 pkt. 3 Zapytania ofertowego**

Co najmniej jedna osoba (trenera,) która zrealizowała co najmniej 15 dni szkoleń zgodnych z obszarem tematycznym objętym przedmiotem zamówienia
(przy czym za 1 dzień szkoleniowy rozumie się minimum 5 godzin zegarowych przeprowadzonego szkolenia)

- 1) Imię i nazwisko trenera:.....
Wykształcenie:.....
Dodatkowe kwalifikacje:.....

Informacja nt. zrealizowanych szkoleń:

Lp	Przedmiot szkolenia	Data wykonania: od dd/mm/rrrr do dd/mm/rrrr	Nazwa i adres odbiorcy (Zamawiającego usługę)	Liczba godzin szkoleniowych
1.				
2.				
3.				
	Razem			

- 2) Imię i nazwisko trenera:
Wykształcenie:.....
Dodatkowe kwalifikacje:.....

Informacja nt zrealizowanych szkoleń:

Lp.	Przedmiot szkolenia	Data wykonania: od dd/mm/rrrr do dd/mm/rrrr	Nazwa i adres odbiorcy (Zamawiającego usługę)	Liczba godzin szkoleniowych
1.				
2.				
3.				
	Razem			

- 3) Imię i nazwisko trenera:
 Wykształcenie:
 Dodatkowe kwalifikacje:

Informacja nt zrealizowanych szkoleń:

Lp.	Przedmiot szkolenia	Data wykonania: od dd/mm/rrrr do dd/mm/rrrr	Nazwa i adres odbiorcy (Zamawiającego usługę)	Liczba dni szkoleniowych
1.				
2.				
3.				
	Razem			