Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego

 Znak sprawy : DAG/ZO/4/01/21

Pieczęć Wykonawcy

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Wykształcenie (uczelnia, kierunek, specjalizacja) | Wskazać ilość lat doświadczenia zawodowego na stanowisku trenera/instruktora symulacji medycznej  | W załączeniu dokumenty potwierdzające należyte wykonanie zamówieniaTak/Nie |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

Oświadczam, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane wykształcenie, doświadczenie, kwalifikacje.

........................................., dn. .........................

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

 Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

 w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka / pieczątki