…………………………………….

Pieczęć Wykonawcy **Załącznik nr 8 do SWZ**

**Wykaz i kwalifikacje osoby skierowanej do realizacji przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Nazwa przeprowadzonego szkolenia | Nazwa i adres odbiorcy | Data wykonania usługi | Liczba przeszkolonych osób | Zakres czynności |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Oświadczam,** iż wykazana powyżej osoba przewidziana do prowadzenia kursu spełnia warunek posiadania wymaganych kwalifikacji dla danego rodzaju szkolenia oraz warunek wymaganego doświadczenia zawodowego (stażu pracy) nie krótszy niż 3 lata w prowadzeniu danego typu szkolenia.

 …………………………………………………

 Podpis osoby upoważnionej