

..... dnia.....2020 r.

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO TRENERÓW/ SZKOLENIOWCÓW WSKAZANYCH DO REALIZACJI KURSU
PODNOŚĄCEGO KOMPETENCJE ZAWODOWE**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe nr **FH/P-III/ZO/04/2020** z dnia 14.09.2020 r., którego przedmiotem jest przeprowadzenie kursu podnoszącego kompetencje zawodowe pn. „Rejestracja medyczna” dla śr. 5 Beneficjentów Ostatecznych w ramach projektu pn. „Klucz do sukcesu!” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, umowa ZZO/000165/03/D z dnia 20.03.2018 roku oświadczam, że wykonałem/-am następujące zadania tożsame z przedmiotem zamówienia.

Nazwa podmiotu dla którego była realizowana usługa szkoleniowa	Liczba godzin zrealizowanej usługi (1h = 45min)	Nazwa szkolenia/ kursu	Termin realizacji usługi	Imię i nazwisko trenera

.....
(czytelny podpis i pieczętka Wykonawcy)