

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

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO TRENERÓW/ SZKOLENIOWCÓW WSKAZANYCH DO REALIZACJI
SZKOLENIA ZAWODOWEGO**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe nr **FH/P-I/ZO/04/2020** z dnia 26.10.2020 r., którego przedmiotem jest przeprowadzenie szkolenia zawodowego pn. „Rejestracja medyczna” w ramach projektu pn. „*Pora na pracę!*” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, umowa ZZO/000211/03/D z dnia 21.01.2020 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)