

..... dnia.....2021 r.

WYKAZ DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO TRENERÓW/ SZKOLENIOWCÓW WSKAZANYCH DO REALIZACJI KURSU

Odpowiadając na zapytanie ofertowe nr **FH/P-VIII/ZO/01/10/2021** z dnia 26.10.2021 r., którego przedmiotem jest przeprowadzenie kursu zawodowego pn. „Rejestratorka medyczna z elementami pracy biurowej” w ramach projektu pn. „*Kompas - kierunek niezależność*” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, aneks nr 4 z dnia 16.04.2021 do umowy nr ZZO/000192/03/D z dnia 15 kwietnia 2019 roku, oświadczam, że w ciągu ostatnich dwóch lat przed złożeniem oferty wykonałem/-am następujące zadania tożsame z wymaganiami określonymi w pkt. 6 lit. b) zapytania ofertowego.

Nazwa podmiotu dla którego była realizowana usługa szkoleniowa	Liczba godzin zrealizowanej usługi (1h = 45min)	Liczba uczestników	Liczba uczestników posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	Nazwa szkolenia	Termin realizacji usługi	Imię i nazwisko trenera

.....
(czytelny podpis i pieczęć Wykonawcy)