

..... dnia..... r.

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO TRENERÓW/ SZKOLENIOWCÓW WSKAZANYCH DO
REALIZACJI USŁUGI SZKOLENIOWEJ**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe nr **FH/P-IX/ZO/01/06/2023** z dnia 05.06.2023 roku, którego przedmiotem jest realizacja usługi szkoleniowej dotyczącej przeprowadzenia szkolenia pn. „Sprzedawca z obsługą kas fiskalnych” w ramach projektu pn. „Kurs na niezależność!”, oświadczam, że trenerzy/szkoleniowcy wskazani do realizacji szkolenia w ciągu ostatnich dwóch lat przed złożeniem oferty wykonali następujące zadania tożsame z wymaganiami określonymi w pkt 6 lit. b. zapytania ofertowego¹.

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

.....
(czytelny podpis i pieczętka Oferenta)

¹ Pod uwagę brane będzie jedynie doświadczenie zdobyte w ciągu ostatnich 2 lat przed dniem złożenia oferty poprzez realizację szkoleń/kursów w obszarze merytorycznym szkolenia będącego przedmiotem zamówienia (będą brane pod uwagę tylko te szkolenia/kursy, których daty rozpoczęcia oraz zakończenia zawierają się w tym okresie i są określone z dokładnością do dnia kalendarzowego) dla min. czterech grup 5-osobowych, w których min. 50% osób stanowiły osoby posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (w każdej z grup z osobna).