|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 6 do SIWZ****Wykaz OSÓB** **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:****Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku,** **o którym mowa w pkt. VI ppkt. 1B) SIWZ):** |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** na potwierdzenie warunku zawartego w pkt VI ppkt. 1.a) SIWZ: „wykształcenie wyższe”

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| Doświadczenie trenerskie |
| Nazwa szkolenia/warsztatu nr 1 |  |
| Zleceniodawca/Zamawiający (nazwa i adres) |  |
| Data szkolenia/warsztatu |  |
| Liczba godzin szkoleniowych |  |
| Grupa docelowa szkolenia/warsztatu |  |
| Tematyka/zakres szkolenia/warsztatu |  |
| Nazwa szkolenia/warsztatu nr 2 |  |
| Zleceniodawca/Zamawiający (nazwa i adres) |  |
| Data szkolenia/warsztatu |  |
| Liczba godzin szkoleniowych |  |
| Grupa docelowa szkolenia/warsztatu |  |
| Tematyka/zakres szkolenia/warsztatu |  |
| Nazwa szkolenia/warsztatu nr 3 |  |
| Zleceniodawca/Zamawiający (nazwa i adres) |  |
| Data szkolenia/warsztatu |  |
| Liczba godzin szkoleniowych |  |
| Grupa docelowa szkolenia/warsztatu |  |
| Tematyka/zakres szkolenia/warsztatu |  |
| Nazwa szkolenia/warsztatu nr 4 |  |
| Zleceniodawca/Zamawiający (nazwa i adres) |  |
| Data szkolenia/warsztatu |  |
| Liczba godzin szkoleniowych |  |
| Grupa docelowa szkolenia/warsztatu |  |
| Tematyka/zakres szkolenia/warsztatu |  |
| Nazwa szkolenia/warsztatu nr 5 |  |
| Zleceniodawca/Zamawiający (nazwa i adres) |  |
| Data szkolenia/warsztatu |  |
| Liczba godzin szkoleniowych |  |
| Grupa docelowa szkolenia/warsztatu |  |
| Tematyka/zakres szkolenia/warsztatu |  |
| Nazwa szkolenia/warsztatu nr 6 |  |
| Zleceniodawca/Zamawiający (nazwa i adres) |  |
| Data szkolenia/warsztatu |  |
| Liczba godzin szkoleniowych |  |
| Grupa docelowa szkolenia/warsztatu |  |
| Tematyka/zakres szkolenia/warsztatu |  |
| Nazwa szkolenia/warsztatu nr 7 |  |
| Zleceniodawca/Zamawiający (nazwa i adres) |  |
| Data szkolenia/warsztatu |  |
| Liczba godzin szkoleniowych |  |
| Grupa docelowa szkolenia/warsztatu |  |
| Tematyka/zakres szkolenia/warsztatu |  |
| Nazwa szkolenia/warsztatu nr 8 |  |
| Zleceniodawca/Zamawiający (nazwa i adres) |  |
| Data szkolenia/warsztatu |  |
| Liczba godzin szkoleniowych |  |
| Grupa docelowa szkolenia/warsztatu |  |
| Tematyka/zakres szkolenia/warsztatu |  |

............................., dn. ..................... 2020 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)