

Projekt pn. „Nowe formy terapii w przedszkolu drogą do większej samodzielności”
współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Pieczęć firmowa Wykonawcy

Załącznik Nr 2
do zapytania ofertowego Nr 1/2023
(znak sprawy SOSW.2540.1.2023)

Imię i nazwisko (nazwa) Wykonawcy:

Adres:

WYKAZ OSÓB PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI SZKOLENIA

Zakres szkolenia	Imię i nazwisko osoby prowadzącej szkolenie	Kwalifikacje zawodowe	Doświadczenie zawodowe (należy podać doświadczenie zawodowe wyłącznie w zakresie związanym z przedmiotem zamówienia)
„System C-Eye w terapii i komunikacji – I stopień”		 godzin przeprowadzonych szkoleń, których zakres tematyczny jest zgodny z tematyką szkolenia będącego przedmiotem zamówienia (proszę podać temat szkolenia, odbiorców szkolenia, liczbę godzin szkolenia)
„System C-Eye – II stopień”		 godzin przeprowadzonych szkoleń, których zakres tematyczny jest zgodny z tematyką szkolenia będącego przedmiotem zamówienia (proszę podać temat szkolenia, odbiorców szkolenia, liczbę godzin szkolenia)

.....
(podpis i pieczęć imienna Wykonawcy lub osoby upoważnionej przez Wykonawcę)