**ZAŁĄCZNIK NR 3**

Oznaczenie sprawy: MZUK-EPZ.50.19.2021

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nazwa (firma) wykonawcy  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adres wykonawcy |

**WYKAZ OSÓB**

dotyczy postępowania:

**Szkolenia pracowników MZUK w ramach projektu "Profilaktyka dla pracownika - poprawa warunków pracy pracowników miejskich jednostek organizacyjnych" nr projektu WND-RPSL.08.03.02-24-0500/19.**

**CZĘŚĆ I, II, III**

Wykaz osób wymagany jest w celu potwierdzenia warunku określonego w  ogłoszeniu.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Opis posiadanego doświadczenia, | Wykaz dokumentów/informacji potwierdzających spełnianie wymogu przez daną osobę-trenera |
|  |  | **Przeprowadzenie co najmniej 3 szkoleń odpowiadających przedmiotowi zamówienia**  *(dostarczenie kopii zaświadczeń, referencji, rekomendacji, listów polecających,)* |  |

Oświadczam(y), że wyżej wymienione osoby, będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia.

Świadoma/y odpowiedzialności za złożenie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że dane przedstawione w niniejszym załączniku odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data i miejscowość | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ imię i nazwisko | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej |