**ZAŁĄCZNIK NR 3A**

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 IV**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko trenera |  Opis posiadanych kwalifikacji,  |
|  |   | Trener jest fizjoterapeutą.Jest absolwentem………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………..…….Kierunek medyczny/zdrowie publiczne(\*)(\*) Niepotrzebne skreślić |

Oświadczam(y), że wyżej wymienione osoby, będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia i posiadają opisane kwalifikacje zawodowe.

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 |