**Załącznik nr 8 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Kompleksowa organizacja i przeprowadzenie jednego szkolenia**

 **2-dniowego w ramach projektu pn. „Efekt synergii – koordynacja lubuskiego włączenia społecznego”**

**nr ROPS.V.5.13.2023.IS**

Nazwa Wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja w realizacji zamówienia** | **Doświadczenie zgodnie z wymaganiami w Rozdziale V ust. 1 pkt 4 ppkt b SWZ** | **Data wykonania** | **Liczba godzin** | **Liczba osób** | **Sposób do dysponowania** |
|  |  | ***Trener*** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

***elektroniczny podpis osoby/ osób uprawnionych***

***do wystąpienia w imieniu Wykonawcy***