**Załącznik nr 4B do specyfikacji warunków zamówienia nr OI.FERS.2230.1.2025**

**……………………………, dnia………………………..**

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

**Ja/my, niżej podpisany/i**

**………………………………………………………………………………………………….**

**(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie oraz stanowisko/podstawa do reprezentacji)**

**działając w imieniu i na rzecz:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy** | **Siedziba**  **(ulica, miejscowość)** | **NIP/REGON** | **Osoby uprawnione  do Reprezentacji** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Oświadczam/y, że dysponuję/emy zasobami kadrowymi spełniającymi warunki określone w SWZ**

1. **IMIĘ I NAZWISKO TRENERA : ………………………………………………………….**

- posiada wykształcenie wyższe II stopnia (tytuł magistra) **TAK/NIE**

- posiada doświadczenie zawodowe w zakresie prowadzenia szkoleń nie krótsze niż 2 lata **TAK/NIE**

- posiada wiedzę teoretyczną oraz praktyczną popartą doświadczeniem w przeprowadzeniu  
 co najmniej 3 szkoleń/warsztatów w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej, z zakresu   
 aktywizacji zawodowej, zrealizowanych w ciągu ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert   
 **TAK/NIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Tytuł szkolenia/warsztatów | Data realizacji usługi  od-do (dd/mm/rrrr) | Nazwa Zamawiającego/ Zleceniodawcy/Adres | Informacja o formie współpracy [[1]](#footnote-1) |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |

1. **IMIĘ I NAZWISKO TRENERA : ………………………………………………………….**

- posiada wykształcenie wyższe II stopnia (tytuł magistra) **TAK/NIE**

- posiada doświadczenie zawodowe w zakresie prowadzenia szkoleń nie krótsze niż 2 lata **TAK/NIE**

- posiada wiedzę teoretyczną oraz praktyczną popartą doświadczeniem w przeprowadzeniu   
 co najmniej 3 szkoleń/warsztatów w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej, z zakresu   
 aktywizacji zawodowej, zrealizowanych w ciągu ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert   
 **TAK/NIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Tytuł szkolenia/warsztatów | Data realizacji usługi  od-do (dd/mm/rrrr) | Nazwa Zamawiającego/ Zleceniodawcy/Adres | Informacja o formie współpracy[[2]](#footnote-2) |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |

*Dokument powinien być podpisany*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*przez osobę lub osoby uprawnione do*

*reprezentowania Wykonawcy/ Wykonawców*

**..............................................**

*(Miejscowość, data)*

1. Forma zatrudnienia (np.: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) lub pisemne zobowiązanie podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy osoby wykazywanej w tabeli do wykonywania zamówienia. [↑](#footnote-ref-1)
2. Forma zatrudnienia (np.: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) lub pisemne zobowiązanie podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy osoby wykazywanej w tabeli do wykonywania zamówienia. [↑](#footnote-ref-2)