



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



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
1.				

¹Forma 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.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

2. 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
1.				
2.				
3.				
4.				

²Forma 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.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

*Dokument powinien być podpisany
kwalifikowanym podpisem elektronicznym
przez osobę lub osoby uprawnione do
reprezentowania Wykonawcy/ Wykonawców*

.....
(Miejscowość, data)