Oznaczenie sprawy: KRPIII.159.15.2018

 (nadane przez jednostkę organizacyjną)

Załącznik nr 2 do Zapytania Ofertowego

………………………………………………………

 (Nazwa Wykonawcy)

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

 (Adres Wykonawcy)

**WYKAZ OSÓB REKOMENDOWANYCH DO WYKONANIA PRZEDMIOTOWEGO ZAMÓWIENIA**

dotyczy Zapytania ofertowego nr KRPIII.159.15.2018 z dnia 10.09.2018 r., w zakresie wyboru Wykonawcy do prowadzenia szkolenia z mezoterapii igłowej dla studentów/studentek będących uczestnikami/uczestniczkami projektu „Rozwój kompetencji oczekiwanych przez pracodawców na kierunku kosmetologia Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu” na podstawie umowy o dofinansowanie nr POWR.03.01.00-00-K159/16 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

**WYKSZTAŁCENIE, UPRAWNIENIA I DOŚWIADCZENIE OSÓB REKOMENDOWANYCH DO PROWADZENIA SZKOLENIA**

|  |
| --- |
| WYKSZTAŁCENIE, UPRAWNIENIA |
| L.p. | Imię i nazwisko osoby rekomendowanej do prowadzenia zajęć | Nazwa uczelni / ośrodka szkoleniowego, który ukończyła wskazana osoba | Uzyskany tytuł / stopień naukowy | Okres kształcenia  |
| 1 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| DOŚWIADCZENIE |
| L.p. | Imię i nazwisko osoby rekomendowanej do prowadzenia zajęć | Miejsce zatrudnienia | Prowadzone warsztaty / szkolenia /kompetencje zawodowe | Okres zatrudnienia  |
| 1 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Dla każdej wskazanej osoby należy załączyć odpowiednie dokumenty na potwierdzenie wykształcenia oraz doświadczenia wpisanego w powyższej tabeli.

 ………………………., dnia………………………..

………………………………………………….

 (podpis i pieczęć Wykonawcy)