

.....  
pieczęć wykonawcy

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

Numer kursu:

1. Kurs doształcający -leczenie ran dla pielęgniarek z elementami prowadzenia dokumentacji medycznej w tym także dokumentacji elektronicznej
2. Kurs doskonalący dla opiekunów w zakresie kompleksowej opieki geriatrycznej z elementami prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej
3. Kurs doskonalący dla opiekunów w zakresie podstaw opieki nad pacjentem z cukrzycą

L.p.	Imię i nazwisko	Funkcja przy realizacji zamówienia	Uprawnienia, kwalifikacje zawodowe, doświadczenie	Informacja o podstawie dysponowania wskazanymi osobami	Dotyczy kursu numer: należy wpisać numer kursu


**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam/my, że wskazane wyżej osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia do prowadzenia szkoleń.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis Wykonawcy