..............................................................

pieczęć wykonawcy

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

Numer kursu:

1. Kurs dokształcający -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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ....................................................................  miejscowość i data |  | ...............................................................................  podpis Wykonawcy |