



Projekt *Albertowskie Centrum Aktywności Lokalnej* współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2

**ZAMAWIAJĄCY:**

**NEW SELF** Maciej Bednarz  
ul. Fojkisa 1/8  
41 – 103 Siemianowice Śląskie

**WYKONAWCA:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko: .....  
Adres siedziby/adres zamieszkania: .....  
Tel./fax.: .....  
Adres e-mail: .....  
NIP: .....  
REGON: .....

Dotyczy zamówienia pn. *Trening Funkcji Poznawczych dla uczestników projektu „Albertowskie Centrum Aktywności Lokalnej”*.

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA ZGODNIE Z WARUNKAMI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU, OKREŚLONYMI W PKT. V ZAPYTANIA OFERTOWEGO.**  
**Do realizacji niniejszego zamówienia wskazuję/my:**

1. Imię i nazwisko: .....  
Posiada tytuł/certyfikat/świadcstwo: .....

Osoba ta legitymuje się następującym doświadczeniem (należy wpisać X w odpowiednim wierszu poniższej tabeli)

Doświadczenie:	właściwe zaznaczyć znakiem X
Doświadczenie w realizacji usług w zakresie treningu TFP do 150 godzin (włącznie).	
Doświadczenie w realizacji usług w zakresie treningu TFP od 151 godzin do 300 godzin.	
Doświadczenie w realizacji usług w zakresie treningu TFP od 301 godzin do 450 godzin.	
Doświadczenie w realizacji usług w zakresie treningu TFP powyżej 450 godzin.	

**wiadczam/y, że wyżej wskazane osoby posiadają odpowiednie kwalifikacje, zgodne z wymaganiami Zamawiającego, oraz są zdolne do wykonania zamówienia opisanego w zapytaniu ofertowym.**

**Ponadto oświadczam/y, że na żądanie Zamawiającego przedstawię/my świadectwo pracy/zaświadczenie lub referencje potwierdzające informacje zawarte w powyższym zdaniu.**

dn. \_\_\_.\_\_\_.2019 r. Miejscowość.....

podpis Wykonawcy