

Projekt pn. „Nowe formy terapii w przedszkolu drogą do większej samodzielności”  
współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

*Pieczęć firmowa Wykonawcy*

**Załącznik Nr 2**  
**do zapytania ofertowego Nr 2/2022**  
(znak sprawy SOSW.2540.2.2022)

Imię i nazwisko (nazwa) Wykonawcy: .....

Adres: .....

### WYKAZ OSÓB PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI SZKOLENIA

Zakres szkolenia	Imię i nazwisko osoby prowadzącej szkolenie	Kwalifikacje zawodowe	Doświadczenie zawodowe (należy podać doświadczenie zawodowe wyłącznie w zakresie związanym z przedmiotem zamówienia)
„C-Eye – I stopień”			..... godzin przeprowadzonych szkoleń, których zakres tematyczny jest zgodny z tematyką szkolenia będącego przedmiotem zamówienia (proszę podać temat szkolenia, odbiorców szkolenia, liczbę godzin szkolenia)
„C-Eye – II stopień”			..... godzin przeprowadzonych szkoleń, których zakres tematyczny jest zgodny z tematyką szkolenia będącego przedmiotem zamówienia (proszę podać temat szkolenia, odbiorców szkolenia, liczbę godzin szkolenia)

.....  
(podpis i pieczęć imienna Wykonawcy lub osoby upoważnionej przez Wykonawcę)