Załącznik nr 5 do SIWZ

Znak sprawy: **……………………………**

|  |
| --- |
| **Wykonawca:** |
|  |
| *pełna nazwa/firma* |
|  |
| *adres* |

**Wykaz osób potwierdzający kwalifikacje, wykształcenie i doświadczenie**

(w wykazie należy podać informacje dotyczące osoby do prowadzenia zajęć,

której doświadczenie było wskazanej w ofercie jako kryterium oceny ofert)

**Dot. Prowadzenie zajęć edukacyjnych, terapeutycznych i szkoleniowych w ramach projektu**

**„Dobry start – lepsze jutro”**

**dla uczniów uczęszczającymi do Szkoły Podstawowej nr 1 z Oddziałami Integracyjnymi im. Mikołaja Kopernika w Gołdapi i Szkoły Podstawowej nr 2 im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Gołdapi, dla których organem prowadzącym jest Gmina Gołdap**

numer sprawy **ZZP-2380-22/11**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie** | **Ukończony kierunek i specjalność** | **Wpisać okres doświadczenia obligatoryjnego (zgodnie z minimalnym okresem wskazanym w SIWZ) od dnia, miesiąca i roku do dnia, miesiąca i roku** | **Wpisać miejsce zdobywania doświadczenia – nazwę i adres instytucji w której osoba prowadziła zajęcia** | **Podstawa do dysponowania dana osobą** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *miejscowość* |  | *data* |

|  |
| --- |
|  |
| *podpis* |