**Załącznik Nr 4**

**do Zapytania Ofertowego nr PG.271.3.2020**

**z dnia 23.06.2020r.**

**Wykaz osób/trenerów**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię i nazwisko trenera** | **Kwalifikacje – wykształcenia wyższe/certyfikat trenera Echocast Polska**  **TAK/NIE** | **Nazwy/tytuły zrealizowanych szkoleń/kursów dla asystentów osób niepełnosprawnych** | **Nazwa podmiotu na rzecz, którego realizowane były szkolenia/ warsztaty** | **Liczba godzin szkoleniowych w ramach kursów dla asystentów osób niepełnosprawnych** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym wykazie są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

...................................., dnia ……………………………………..r.

……………………………………………………

Podpis oferenta