

Załącznik nr 2

do zapytania ofertowego z dnia 16.04.2021r. dotyczące wyboru trenerów na szkolenia z zakresu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), szkoleń ramach projektu pn. „Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej etap II”.

Opis spełnienia warunków udziału

Imię i nazwisko wykonawcy/ wykonawcy rekomendowanego* do realizacji zamówienia

.....

Posiadam ukończone studia wyższe na kierunku

Posiadam 2 letnie doświadczenie zawodowe w zakresie realizacji szkoleń, na które składana jest oferta w okresie ostatnich 10 lat licząc od daty zapytania ofertowego

Tematyka/tytuł zadania	Nazwa zleceniodawcy	Data realizacji (od miesiąc/rok) do miesiąc/rok)

*proszę odpowiednio skreślić

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Oferenta lub Osoby
uprawnionej do reprezentowania Oferenta