**Załącznik nr 8 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Kompleksowa organizacja i przeprowadzenie szkoleń w ramach projektu pn. „Efekt synergii – koordynacja lubuskiego włączenia społecznego” w podziale na części**

**Część A: Kompleksowa organizacja i przeprowadzenie dwóch 1-dniowych szkoleń, każde dla 20 osób**

**Część B**: **Kompleksowa organizacja i przeprowadzenie dwóch 2-dniowych szkoleń, każde dla 20 osób**

**Część C: Kompleksowa organizacja i przeprowadzenie dwóch 3-dniowych szkoleń, każde dla 20 osób**

**Znak sprawy nr** **ROPS.V.5.29.2024.IS**

Nazwa Wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Składany w zakresie Części ……………………….. \*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja w realizacji zamówienia** | **Doświadczenie zgodnie z wymaganiami w Rozdziale VII ust. 1 pkt 4 ppkt b SWZ** | **Data wykonania** | **Liczba godzin** | **Liczba osób** | **Sposób do dysponowania** |
|  |  | ***Trener*** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

***elektroniczny podpis osoby/ osób uprawnionych***

***do wystąpienia w imieniu Wykonawcy***

\*Formularz należy wypełnić osobno co do każdej części, w której Wykonawca składa ofertę