|  |
| --- |
| **WYKAZ KADRY** **ZAPYTANIE OFERTOWE****09/WLAW/2025** **Usługi Konsultanta ds. szkoleń Instytucji opieki w związku z realizacją zadania publicznego:** **„Wielkopolski Lider Akademii Wsparcia”** |

**Wykonawca:**

……………………………………………………..………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji przedmiotu Zamówienia  |  |
| Wykształcenie  |  |
| Doświadczenie zawodowe  | min. 2 lata doświadczenia zawodowego w zakresie obsługi klienta, sprzedaży bezpośredniej lub na stanowisku przedstawiciela handlowego | Tak/Nie\*  |
| Zakres wykonywanych czynności w ramach zamówienia | zgodnie z zakresem przedmiotu zamówienia |
| Informacja o podstawie dysponowania osobą |  |
| Wykaz doświadczenia : |
| Lp. | Odbiorca usługi(nazwa, adres) nazwa usługi | Rodzaj wykonywanych zadań | Okres realizacji (rozpoczęcie i zakończenie) (dd/mm/rrrr- dd/mm/rrrr) | Inne informacje |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |

\*Niewłaściwe skreślić.

………………………………………......................................................................

(miejsce, data)

……………………………………….……………………………………….............................

(podpis przedstawiciela upoważnionego do reprezentacji Wykonawcy)