|  |
| --- |
| **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)