**Załącznik 3** do zapytania ofertowego nr9/BYD/OLiWR1/5.4/staż

**Opiekun zajęć stażowych** –liczba dni, podczas których sprawowana była funkcja opiekuna zajęć stażowych kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych

**Imię i nazwisko kandydata**…………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Data kursu**od…do… | **Nazwa kursu** | **Liczba dni,** podczas których sprawowana była funkcja opiekuna zajęć stażowych | **Organizator**nazwa, dane kontaktowe |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 Dnia ………………20…. r. ………………………………………………………….

 (Data i podpis/y osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)