**Załącznik 3** do zapytania ofertowego nr10/BYD/EKG/5.4/staż

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

**Imię i nazwisko** Wykonawcy/ Oferenta lub osoby oddelegowanej w imieniu Oferenta do realizacji zajęć …………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)