



**Załącznik 3** do zapytania ofertowego 13/BYD/OPCD/5.4/kwalifikacja

**Członek komisji kwalifikacyjnej**- liczba edycji kursów, podczas których sprawowana była funkcja członka komisji kwalifikacyjnej kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych

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

| <b>L.p.</b> | <b>Data kursu</b><br>od...do... | <b>Nazwa kursu</b> | <b>Organizator</b><br>nazwa, dane kontaktowe |
|-------------|---------------------------------|--------------------|--|
|             |                                 |                    |  |
|             |                                 |                    |  |
|             |                                 |                    |  |
|             |                                 |                    |  |
|             |                                 |                    |  |
|             |                                 |                    |  |
|             |                                 |                    |  |
|             |                                 |                    |  |

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

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