



**Załącznik 3** do zapytania ofertowego 14/BYD/OLiWR1/5.4/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> od...do...	<b>Nazwa kursu</b>	<b>Organizator</b> nazwa, dane kontaktowe

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

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