



**Załącznik 3** do zapytania ofertowego 17/BYD/SP/5.4/egzamin

**Członek komisji egzaminacyjnej** - liczba edycji kursów, podczas których sprawowana była funkcja członka komisji egzaminacyjnej 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)