



Załącznik 3 do zapytania ofertowego 17/BYD/SP/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

| L.p. | Data kursu od...do... | Nazwa kursu | Organizator nazwa, dane kontaktowe |
|-------------|---------------------------------|--------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Dnia20.... r.
(Data i podpis/y osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)