**Załącznik 3** do zapytania ofertowego17/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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

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