**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/KBCH/351-46/2021 TP/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**

**Trenerzy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiadane wykształcenie (co mniej II stopnia) | TAK\*/NIE\* |
| Trener w okresie ostatnich dwóch lat, licząc od terminu składania ofert, zrealizował faktycznie szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) obejmujące, co najmniej 40 godzin w prowadzeniu seminarium, szkoleń lub warsztatów z zakresu: „Pierwsza pomoc przedmedyczna w pracy z seniorem” | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[1]](#footnote-1) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

**(miejscowość, data) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**

1. Forma zatrudnienia (np.: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) lub pisemne zobowiązanie podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy osoby wykazywanej w tabeli do wykonywania zamówienia. [↑](#footnote-ref-1)