



Załącznik nr 4 do Ogłoszenia

**Wzór wykazu osób  
przeprowadzenie szkolenia „Wzmocnienie kompetencji koordynatorów kompleksowego  
wspomagania”**

Oświadczam (y), że niżej wymienione osoby, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia posiadają wymagane kwalifikacje i doświadczenie zawodowe:

Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe / w tym informacje o posiadanych certyfikatach	Doświadczenie

DYREKTOR  
  
mgr Stanisława Bożena Żuk

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*podpis osoby/osób uprawnionej*