

Załącznik nr 2a do zapytania ofertowego

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DOŚWIADCZENIA SZKOLENIOWCA

W OPIECIE NAD PACJENTAMI Z CHOROBY PRZEWLEKŁYMI UKŁADU KOSTNO-STAWOWEGO I MIĘŚNIOWEGO

WYKONAWCA:

Nazwa podmiotu (firma) lub w przypadku osoby fizycznej imię i nazwisko	
Adres	
KRS lub NIP lub w przypadku osoby fizycznej PESEL	

Jako potwierdzenie posiadanego przez doświadczenia
(imię i nazwisko osoby prowadzącej szkolenie)

poniżej zamieszczam wykaz podmiotów, w których osoba ta była zatrudniona / na rzecz których osoba ta wykonywała usługi w zakresie pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób przewlekłych układu mięśniowego i kostno-stawowego.

Nazwa i adres podmiotów	Okres zatrudnienia/współpracy od..... do.....

.....
Data, miejscowość

.....
Podpis Wykonawcy

