**Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego**

**WYKAZ GODZIN DOŚWIADCZENIA OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGĘ**

Dot. zapytania ofertowego na wybór Wykonawcy - przeprowadzenie szkolenia:

**Przeprowadzenie szkolenia: „Opiekun osoby starszej/niesamodzielnej”**

**w ramach projektu "Twój nowy start” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa prowadzonego szkolenia/kursu** | **Termin realizacji****od mm/rok do mm/rok** | **Liczba godzin** |
| 1. |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

\*Można dodawać kolejne wiersze

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Czytelny Podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy