

Załącznik nr 2
do Formularza oferty

Wykonawca:

Nazwa:

Numer identyfikacji podatkowej NIP.....

Adres siedziby

WYKAZ OSÓB

Oświadczam(my), że osoby, które będą uczestniczyły w wykonywaniu zamówienia posiadają odpowiednie kwalifikacje zawodowe i doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia. Poniżej przedstawiamy informacje potwierdzające spełnianie wymagań określonych w Zapytaniu ofertowym:

Prelegent nr 1:

Imię i nazwisko.....

w ramach warunków udziału w postępowaniu określonych w pkt VI.1.b

1. Wykształcenie(wskazać)
2. Posiada znajomość tematyki związanej z zagadnieniami przedstawionymi w pkt. II
OPZ..... (TAK/NIE wskazać właściwe)

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź
SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00
e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>
NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957



3. Posiada co najmniej dwuletnie doświadczenie w prowadzeniu szkoleń w zakresie komunikacji międzyludzkiej (TAK/NIE wskazać właściwe)
4. Przeprowadził co najmniej 50 szkoleń(TAK/NIE wskazać właściwe)
5. Przeprowadził szkolenia dla co najmniej 5 podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

	Odbiorca szkolenia	Obszar szkolenia
Szkolenie nr 1		
Szkolenie nr 2		
Szkolenie nr 3		
Szkolenie nr 4		
Szkolenie nr 5		

*Na potwierdzenie załączam dokument.

Prelegent nr 2:

Imię i nazwisko.....

w ramach warunków udziału w postępowaniu określonych w pkt VI.1.b

1. Wykształcenie(wskazać)
2. Posiada znajomość tematyki związanej z zagadnieniami przedstawionymi w pkt. II OPZ..... (TAK/NIE wskazać właściwe)
3. Posiada co najmniej dwuletnie doświadczenie w prowadzeniu szkoleń w zakresie komunikacji międzyludzkiej (TAK/NIE wskazać właściwe)
4. Przeprowadził co najmniej 50 szkoleń(TAK/NIE wskazać właściwe)
5. Przeprowadził szkolenia dla co najmniej 5 podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź
 SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00
 e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>
 NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 6212401545111000011669957



	Odbiorca szkolenia	Obszar szkolenia
Szkolenie nr 1		
Szkolenie nr 2		
Szkolenie nr 3		
Szkolenie nr 4		
Szkolenie nr 5		

* Na potwierdzenie załączam dokument.

.....

podpis

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź
SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; **CENTRALA** tel. (42) 689 50 00
e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>
NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957



ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź
SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00
e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>
NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957

