Załącznik nr 7 do SWZ nr 5/ARR.LOMZA/21

Nazwa Wykonawcy: .................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .................................................................................................................

Dotyczy postępowania na wykonanie usług pn.: *Usługi szkoleniowe – kursy przygotowawcze z informatyki i matematyki na potrzeby projektu „Efektywne kształcenie zawodowe w ASP w Łomży” współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego, Oś priorytetowa III „Kompetencje i kwalifikacje”, Działanie: 3.3 „Kształcenie zawodowe młodzieży na rzecz konkurencyjności podlaskiej gospodarki”, Poddziałanie 3.3.1 „Kształcenie zawodowe młodzieży na rzecz konkurencyjności podlaskiej gospodarki”*

nr referencyjny: **5/ARR.LOMZA/21**,

prowadzonego przez **Agencję Rozwoju Regionalnego S.A. w Łomży**

WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
 POTWIERDZAJĄCYCH SPEŁNIANIE WARUNKÓW OKREŚLONYCH W ROZDZIALE VI. SWZ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Zrealizowane usługi szkoleniowe****w ciągu ostatnich 3 lat przez wykładowców, skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia** (nazwa kursu/szkolenia, miejsce jego realizacji, zakres rzeczowy szkolenia – ilość uczestników, **pozwalające na ocenę spełniania warunku doświadczenia opisanego w SWZ**) ***bez szkoleń on-line które nie są brane pod uwagę przy ocenie oferty*** | **Imię i nazwisko****Wykładowcy** ***Wykształcenie pedagogiczne:*** *określić jakie**należy wymienić instytucję (szkołę wyższą) i rok uzyskania wykształcenia pedagogicznego:* ***Wykształcenie merytoryczne:*** *określić jakie,**należy wymienić instytucję (szkołę wyższą) i rok uzyskania wykształcenia merytorycznego:*  | **Data wykonania -zakończenia usług** (dzień/miesiąc/ rok)**Liczba godzin przeprowadzo- nego** **szkolenia – kursu**  |  **Podmiot (zamawiający)** , na rzecz którego usługi szkoleniowe zostały wykonane**Nazwa i adres** | **Informacja o podstawie****do dysponowania osobą**Samodzielnie na podstawie: ……………………………\*)(należy wskazać rodzaj umowynp. umowa o podwykonawstwo,umowa cywilno-prawna itp.) /osoba zostanie udostępnionaprzez inny podmiot\*) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |

***Należy podać wszystkie informacje pozwalające jednoznacznie stwierdzić, że Wykonawca spełnia warunek określone w SWZ; we wskazanym wierszu powinny się znaleźć informacje w zakresie: daty szkolenia; podmiotów na rzecz których wykonano usługi; nazwa szkolenia/kursu – w przypadku, gdy nazwa szkolenia nie wskazuje na tematykę określoną w SWZ należy podać zakres (program) danego szkolenia/kursu, co pozwoli Zamawiającemu na ocenę, czy dany wykładowca - trener przeprowadził dane szkolenie/kurs z zakresu tematycznego określonego w SWZ; brak wymaganych informacji spowoduje niemożność oceny spełniania warunków udziału przez Wykonawcę w niniejszym postępowaniu.***

***Podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

***osoby/osób uprawnionych składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy***

 *Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie .PDF*