*Załącznik nr 9 do SWZ*

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Chełmie**

**Pl. Niepodległości 1**

**22 – 100 Chełm**

**Wykaz osób które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia**

*Dotyczy: organizacji kursu:*

***„………………………………………………………………………….………………………..”***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie, kwalifikacje zawodowe niezbędne do wykonania zamówienia** | **Doświadczenie w prowadzeniu zajęć o tematyce zgodnej**  **z przedmiotem zamówienia**  (liczba szkoleń ze wskazaniem pracodawcy/zleceniodawcy) | **Doświadczenie w prowadzeniu zajęć o tematyce zgodnej**  **z przedmiotem zamówienia**  **u Wykonawcy**  (liczba szkoleń) |
|  |  |  |  |  |
| **\*** |  |  |  |  |

\* należy dodać tyle wierszy ile będzie konieczne

..............................dnia.......................

/miejscowość/