**Załącznik nr 2**

……………………………………………………

miejscowość, data

**Oświadczenie Wykonawcy w zakresie „Doświadczenia zawodowego” Szkolenie stylizacja rzęs**

**(potencjał osobowy)**

dot. Zapytania Ofertowego do projektu Wspólna droga do aktywizacji społeczno-zawodowej nr FEWP.06.12-IP.01-0099/23

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko osoby, która realizować będzie zamówienie | Doświadczenie  (w zakresie realizacji kursów tożsamych z przedmiotem zamówienia) | | | Odbiorca usług |
| Rozpoczęcie wykonywania pracy  (m-c, rok) | Zakończenie wykonywania pracy (m-c, rok) | Liczba godzin |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

…………………………. ……………………………….

Miejscowość i data Podpis Oferenta