**Załącznik nr 4a**

**do Zapytania Ofertowego nr 2.MPS.ŚK.OBW**

**Wykonawca:**

.......................................................

.......................................................

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.......................................................

.......................................................

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Wykaz osób**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko trenera** | **Osoba wyznaczona do wykonania testu w ramach Kryterium nr 2**  Tak / Nie  (5 osób) |
|
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |
| **9** |  |  |
| **10** |  |  |
| **11** |  |  |
| **12** |  |  |

...................................dnia .................... .........……...............................................................

(nazwa miejscowości) (data) (podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń

woli w imieniu Wykonawcy, pieczątka)