**Postępowanie nr OPS.1.BZ/2025**

**Załącznik nr 2 – Doświadczenie trenerów**

………………….………………………..……………………………………

*Miejscowość, data* ………………………………………………………....................................

………………………………………………………....................................

*(dane Wykonawcy)*

**Doświadczenie Trenera/ów -   
wykaz zrealizowanych zajęć w ramach przedmiotu zamówienia[[1]](#footnote-2)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko trenera | Nazwa usługi | Instytucja/ firma, dla której przeprowadzono usługę | Okres realizacji (od – do) | Liczba godzin |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| Razem | | | | |  |

……………………………………………………..……….  
 *(czytelny podpis Wykonawcy)*

1. Istnieje możliwość zwiększenia liczby wierszy w tabeli. [↑](#footnote-ref-2)