……………………………………

miejscowość, data

**DOŚWIADCZENIE W ZAKRESIE OFEROWANYCH USŁUG – STUDIA PODYPLOMOWE Z INTEGRACJI SENSORYCZNEJ**

Nazwa Wykonawcy …………………………………………………………....

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres /nazwa zajęć/wykładów/warsztatów na studiach podyplomowych** | **Imię i Nazwisko prowadzących/ nauczycieli, którzy przeprowadzili dane zajęcia/wykłady/warsztaty na studiach podyplomowych i będą oddelegowani do realizacji przedmiotu zamówienia** | **Lata**  **(zakres dat)**  **przeprowadzonych zajęć/wykładów/warsztatów na studiach podyplomowych** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **…** |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

***\**** *Należy dodać tyle wierszy, ile jest konieczne oraz zsumować ilość lat przeprowadzanych zajęć na studiach na koniec wykazu*

Dołączyć CV, referencję, kopie zaświadczeń potwierdzające minimum 2-letnie doświadczenie zgodnie z warunkami opisanymi w Zapytaniu

**……………………………….**

Podpis upoważnionej osoby