*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/