**Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego nr IR.271.2.48.2025**

…………………………………………….

(miejscowość, data)

……………………….………………..

Nazwa/imię i nazwisko Wykonawcy

*…………………………………..…….*

Adres Wykonawcy

*…………………………………..…….*

NIP Wykonawcy

**WYKAZ OSÓB**

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji (wykaz osób należy przedstawić dla każdej z części osobno):

**CZĘŚĆ I**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Imię i nazwisko | Doświadczenie  (należy wykazać min. 2 warsztatów/szkoleń/kursów z zakresu **radzenia sobie ze stresem** | Wykształcenie (podać tytuł, kierunek i nazwę uczelni) | Podstawa do dysponowania osobą (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, osobiste wykonanie zamówienia) |
| 1. |  | Nazwa warsztatów/szkolenia/kursu/: ……………………………………………  Nazwa zleceniodawcy:  …………………………………………  Termin przeprowadzenia:  ………………………………………… |  |  |
| Nazwa warsztatów/szkolenia/kursu/: ……………………………………………  Nazwa zleceniodawcy:  …………………………………………  Termin przeprowadzenia:  ………………………………………… |  |  |
| 2. |  | Nazwa warsztatów/szkolenia/kursu/: ……………………………………………  Nazwa zleceniodawcy:  …………………………………………  Termin przeprowadzenia:  ………………………………………… |  |  |
| Nazwa warsztatów/szkolenia/kursu/: ……………………………………………  Nazwa zleceniodawcy:  …………………………………………  Termin przeprowadzenia:  ………………………………………… |

**CZĘŚĆ II**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Imię i nazwisko | Doświadczenie  (należy wykazać min. 2 warsztatów/szkoleń/kursów z zakresu **wspierania równego traktowanie i niedyskryminację wśród pracowników** | Wykształcenie (podać tytuł, kierunek i nazwę uczelni) | Podstawa do dysponowania osobą (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, osobiste wykonanie zamówienia) |
| 1. |  | Nazwa warsztatów/szkolenia/kursu/: ……………………………………………  Nazwa zleceniodawcy:  …………………………………………  Termin przeprowadzenia:  ………………………………………… |  |  |
| Nazwa warsztatów/szkolenia/kursu/: ……………………………………………  Nazwa zleceniodawcy:  …………………………………………  Termin przeprowadzenia:  ………………………………………… |  |  |
| 2. |  | Nazwa warsztatów/szkolenia/kursu/: ……………………………………………  Nazwa zleceniodawcy:  …………………………………………  Termin przeprowadzenia:  ………………………………………… |  |  |
| Nazwa warsztatów/szkolenia/kursu/: ……………………………………………  Nazwa zleceniodawcy:  …………………………………………  Termin przeprowadzenia:  ………………………………………… |

**CZĘŚĆ III**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Imię i nazwisko | Doświadczenie  (należy wykazać min. 2 warsztatów/szkoleń/kursów z zakresu **profilaktyki chorób cywilizacyjnych** | Wykształcenie (podać tytuł, kierunek i nazwę uczelni) | Podstawa do dysponowania osobą (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, osobiste wykonanie zamówienia) |
| 1. |  | Nazwa warsztatów/szkolenia/kursu/: ……………………………………………  Nazwa zleceniodawcy:  …………………………………………  Termin przeprowadzenia:  ………………………………………… |  |  |
| Nazwa warsztatów/szkolenia/kursu/: ……………………………………………  Nazwa zleceniodawcy:  …………………………………………  Termin przeprowadzenia:  ………………………………………… |  |  |
| 2. |  | Nazwa warsztatów/szkolenia/kursu/: ……………………………………………  Nazwa zleceniodawcy:  …………………………………………  Termin przeprowadzenia:  ………………………………………… |  |  |
| Nazwa warsztatów/szkolenia/kursu/: ……………………………………………  Nazwa zleceniodawcy:  …………………………………………  Termin przeprowadzenia:  ………………………………………… |

………………………………

Podpis Wykonawcy