Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego nr 1/2/PFRON/2024

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOT. PERSONELU SZKOLENOWEGO**

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

 *(nazwisko i imię osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*

Działając w imieniu :

Nazwa Wykonawcy:

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

Adres……………………………………………………………………………………………………

NIP…………………………………………REGON…………………………………………………

Oświadczam, że dysponuje kadrą posiadającą wiedzę i umiejętności niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia pn.: **przeprowadzenie szkolenia w zakresie rejestratorki medycznej wraz z praktyczną nauką obsługi programu Mmedica i/lub innych popularnych programów komputerowych wykorzystywanych w placówkach medycznych**, tj. trener/rzy prowadzący szkolenie posiada/ją łącznie:

1. wykształcenie min. zawodowe lub inne certyfikaty/zaświadczenia umożliwiające przeprowadzenie danego szkolenia,
2. doświadczenie umożliwiające przeprowadzenie danego szkolenia, przy czym
min. doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie nie jest krótsze niż 2 lata licząc od dnia upublicznienia zapytania ofertowego.

W przypadku zmiany kadry prowadzącej zajęcia przed lub w trakcie szkolenia zobowiązuję się do zapewnienia trenera/-ów spełniającego/-ch powyższe warunki.

Na potwierdzenie powyższego warunku przedkładam niżej wymienione dokumenty:

1. ………………………..
2. ………………………………

*Miejscowość ............................, dnia ...............................*

……………………………………………

(podpis Wykonawcy)