Załącznik nr 5 do SWZ

MCPS-WZU/KBCH/351-28/2024 TP/U/S

Imię i nazwisko i/lub nazwa (firmy) Wykonawcy /Wykonawców występujących wspólnie:

Adres Wykonawcy:

NIP

REGON

**Wykaz doświadczenia w celu uzyskania dodatkowych pkt w kryterium nr 3 „Doświadczenie prelegentów”** (należy wypełnić dla każdego prelegenta)

IMIĘ I NAZWISKO PRELEGENTA:

TYTUŁ PRELEKCJI, SZKOLEŃ, WYKŁADÓW, WARSZTATÓW NT. EKONOMII SPOŁECZNEJ ORAZ DATA:

1.

2.

3.

4.

……..

 **(miejscowość, data)**