1. *Załącznik nr 5 do SWZ* – wykaz osób
2. Nr postępowania ODN.ZP.321.10.2023
3. **PRZEPROWADZENIE DOSKONALENIA ZAWODOWEGO:**

**„Organizacja konferencji wraz z noclegiem oraz usługą szkoleniową z zakresu doskonalenia kompetencji i umiejętności nauczycieli w zakresie wdrażania Edukacji Morskiej**

**w szkołach i placówkach oświatowych województwa pomorskiego”**

**WYKAZ OSÓB**

Oświadczam (y), że niżej wymienione osoby, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia  
posiadają wymagane kwalifikacje i doświadczenie zawodowe:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię  i nazwisko | **Informacja na temat kwalifikacji zawodowych, doświadczenia zawodowego**  (opis musi potwierdzać warunek udziału w niniejszym postępowaniu wskazany  w rozdziale V IDW Ogłoszenia o zamówieniu – odpowiednio  dla danej Części zamówienia) | | | | | Informacja  o podstawie do dysponowania tymi osobami |
| ***Wykształcenie*** (wyższe magisterskie) | ***Temat***  ***szkolenia***  (związany z tematyką zamówienia – praktyczne zajęcia na wodzie) | ***Termin*** (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem składania ofert) | ***Odbiorca*** (osoby dorosłe, grupa min. 15 osób) | ***Organizator*** |
| *1.* |  |  | *1*  *2.*  *3.* |  |  |  |  |
| *2.* |  |  | *1*  *2.*  *3.* |  |  |  |  |
| *3.* |  |  | *1.*  *2.*  *3.* |  |  |  |  |
| *4.* |  |  | *1.*  *2.*  *3.* |  |  |  |  |
| *5.* |  |  | *1.*  *2*  *3.* |  |  |  |  |

*Podpisuje kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym lub podpisem zaufanym*

*wykonawca lub osoba upoważniona*