# Załącznik nr 9 – Wykaz osób

|  |  |
| --- | --- |
| Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego  | TARRSA/SZKOLENIA\_INFO/3/2018 |

**WYKAZ OSÓB**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Toruńska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A., ul. Włocławska 167, 87 - 100 Toruń**

**WYKONAWCA:**

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

*(pełna nazwa/firma, adres)*

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że w ramach realizacji zamówienia będącego przedmiotem postępowania o nr ref. TARRSA/SZKOLENIA\_INFO/3/2018 trenerami i doradcą będą następujące osoby:

**1. Imię i Nazwisko Trenera:………………………………………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa szkolenia/kursu** | **Tematyka przeprowadzonych zajęć** | **Data umowy (od – do**[[1]](#footnote-1)**) zawartej w związku z realizacją zajęć** | **Grupa odbiorców - osoby dorosłe** | **Podmiot, dla którego Trener realizował szkolenia/kursy, wraz z danymi teleadresowymi** | **Podstawa do dysponowania Trenerem przez Wykonawcę** |
|  |  |  |  | TAK/NIE\* |  |  |
|  |  |  |  | TAK/NIE\* |  |  |
|  |  |  |  | TAK/NIE\* |  |  |
|  |  |  |  | TAK/NIE\* |  |  |

*\*niepotrzebne skreślić*

**2. Imię i Nazwisko Trenera:………………………………………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa szkolenia/kursu** | **Tematyka przeprowadzonych zajęć** | **Data umowy (od – do**[[2]](#footnote-2)**) zawartej w związku z realizacją zajęć** | **Grupa odbiorców - osoby dorosłe** | **Podmiot, dla którego Trener realizował szkolenia/kursy, wraz z danymi teleadresowymi** | **Podstawa do dysponowania Trenerem przez Wykonawcę** |
|  |  |  |  | TAK/NIE\* |  |  |
|  |  |  |  | TAK/NIE\* |  |  |
|  |  |  |  | TAK/NIE\* |  |  |
|  |  |  |  | TAK/NIE\* |  |  |

**3. Imię i Nazwisko Doradcy:………………………………………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa szkolenia/kursu** | **Tematyka przeprowadzonych zajęć** | **Data umowy (od – do**[[3]](#footnote-3)**) zawartej w związku z realizacją zajęć** | **Grupa odbiorców - osoby dorosłe** | **Podmiot, dla którego Doradca realizował szkolenia/kursy/doradztwo, wraz z danymi teleadresowymi** | **Podstawa do dysponowania Doradcą przez Wykonawcę** |
|  |  |  |  | TAK/NIE\* |  |  |
|  |  |  |  | TAK/NIE\* |  |  |
|  |  |  |  | TAK/NIE\* |  |  |
|  |  |  |  | TAK/NIE\* |  |  |

*\*niepotrzebne skreślić*

………………………….………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………………………………………..……

*(podpis(y) osoby(osób) uprawnionych do reprezentowania wykonawcy)*

1. Należy wskazać *miesiąc/rok*. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wskazać *miesiąc/rok*. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wskazać *miesiąc/rok*. [↑](#footnote-ref-3)