**Załącznik nr 6.2 do SWZ**

NAZWA ZAMÓWIENIA**: Realizacja dodatkowych zajęć dla nauczycieli Zespół Szkół Techniczno-Motoryzacyjnych w Tomaszowie Lubelskim w ramach projektu „Wysoka jakość kształcenia zawodowego w powiecie tomaszowskim’’.**

NUMER POSTĘPOWANIA: **ZSTM.26.16.2022**

Zamówienie to finansowane jest ze środków Unie Europejskiej w ramach projektu nr: **RPLU.12.04.00-IZ.00-06-0017/19,** pod nazwą **„Wysoka jakość kształcenia zawodowego w powiecie tomaszowskim”**w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego dla osi priorytetowej numer 12 Edukacja, kwalifikacje i kompetencje. Działanie 12.4 Kształcenie zawodowe*.*

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy: |   |
| adres (siedziba) Wykonawcy: |  |
| województwo: |   |
| NIP |   |
| REGON |   |
| KRS |  |

**WYKAZ OSÓB**

**POTWIERDZAJACY SPEŁNIANIE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**Dla Części 2**

**Szkolenie w branży logistycznej.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Imię i nazwisko osoby prowadzącej | Informacje na temat wykształcenia i doświadczenia zawodowego. | Podstawa do dysponowania. |
|  | Kurs:**Organizacja gospodarki magazynowej w przedsiębiorstwie**…………………………………………..(imię i nazwisko) | Wykształcenie: ……………………………………………………….Doświadczenie zawodowe: ……………………………………………………….Łączna liczba godzin zrealizowanych szkoleń: …………………… godzin.Łączna liczba lat doświadczenia zawodowego w prowadzeniu szkoleń/zajęć z zakresu tematyki szkolenia: ………… lat. |  |
|  | Kurs:**Zarządzanie procesami logistycznymi**…………………………………………..(imię i nazwisko) | Wykształcenie: ……………………………………………………….Doświadczenie zawodowe: ……………………………………………………….Łączna liczba godzin zrealizowanych szkoleń: …………………… godzin.Łączna liczba lat doświadczenia zawodowego w prowadzeniu szkoleń/zajęć z zakresu tematyki szkolenia: ………… lat. |  |
|  | Kurs:**Reklamacje i dochodzenie roszczeń w transporcie i spedycji na rynku krajowym i międzynarodowym**…………………………………………..(imię i nazwisko) | Wykształcenie: ……………………………………………………….Doświadczenie zawodowe: ……………………………………………………….Łączna liczba godzin zrealizowanych szkoleń: …………………… godzin.Łączna liczba lat doświadczenia zawodowego w prowadzeniu szkoleń/zajęć z zakresu tematyki szkolenia: ………… lat. |  |

Oświadczam, że wszystkie informacje są aktualne i zgodne z prawdą.

………….…………… dnia ……..…………… ........…………………..………………………………………………..

 *(miejscowość)* (*podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*)