*Załącznik nr 4 do SWZ*

|  |
| --- |
| **Nr Sprawy: ABM-ZP-9/2023** |
| **Wykonawca(y)** *(Nazwa i adres)***:** |  |

**WYKAZ OSÓB**

Oświadczamy, że osoba wskazana poniżej, która będzie uczestniczyła w realizacji zamówienia, posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe i doświadczenie odpowiadające warunkom określonym w pkt 10.7.4.2. SWZ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Funkcja*** | ***Imię i nazwisko*** | ***Wymagania*** | ***Opis doświadczenia i kwalifikacji*** |
| **Koordynator** posiadający biegłą znajomość języka polskiego w mowie i piśmie | ………………… | w ciągu ostatnich pięciu lat przed upływem terminu składania ofert, koordynował/ uczestniczył w organizacji trzech stacjonarnych spotkań warsztatowych lub analogicznych wydarzeń | Wydarzenie 1: Dotyczyło: ………………….Opis zadań w wydarzeniu: ………………….Wydarzenie 2: Dotyczyło: ………………….Opis zadań w wydarzeniu: ………………….Wydarzenie 3: Dotyczyło: ………………….Opis zadań w wydarzeniu: …………………. |
| posiada biegłą znajomość języka angielskiego w mowie i piśmie (na poziomie min. B2 rozumianym według Europejskiego Systemu Opisu Kształcenia Językowego lub równoważnym) | ……………………………………….*Wykonawca wskazuje poziomu znajomości języka angielskiego* |

*\*wskazać właściwe*

***Należy pamiętać o opatrzeniu Wykazu kwalifikowanym podpisem elektronicznym.***