**Załącznik 3** do zapytania ofertowego nr17/POZ/WiBF/5.4/wykładowca

**Wykładowca** - liczba przepracowanych godzin dydaktycznych przy realizacji kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych

**Imię i nazwisko** Wykonawcy/ Oferenta lub osoby oddelegowanej w imieniu Oferenta do realizacji zajęć …………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Data kursu**od…do… | **Nazwa kursu** | **Liczba przepracowanych godzin dydaktycznych** | **Organizator**nazwa, dane kontaktowe |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 Dnia ………………20…. r. ………………………………………………………….

 (Data i podpis/y osoby/osób upoważnionych do reprezentowania)