*Załącznik nr 6 do ogłoszenia*

***Wykaz Osób***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię i nazwisko osoby** | **Funkcja** | **Kwalifikacje** | **Posiadane wykształcenie, w tym tytuł i stopnie naukowe i/lub zawodowe** | **Doświadczenie** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

**Oświadczam, że wskazane powyżej osoby zostały poinformowane o zgłoszeniu ich   
w ofercie na organizację i przeprowadzenie studiów podyplomowych w zakresie MBA   
w ochronie zdrowia i deklarują udział w realizacji zamówienia.**

…………………………………………………………………………

*Podpis Wykonawcy albo osoby lub osób uprawionych do reprezentowania Wykonawcy*