**Załącznik 5 do Zapytania Ofertowego**

**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

w Augustowie

ul. Szpitalna 12

16-300 Augustów

Strona internetowa: [www.](http://www.wss.olsztyn.pl/)spzoz.augustow.pl

e-mail: zp@spzoz.augustow.pl

**WYKONAWCA:**

…………………………………………

**WYKAZ OSÓB**

w postępowaniu na realizację zamówienia publicznego na:

**Wykonanie usługi organizacji i przeprowadzenia warsztatów dla**

**podmiotów ochrony zdrowia w obszarze transgranicznym oraz w zakresie sieci zarzadzania transgranicznym systemem opieki zdrowotnej**

zamówienie realizowane w ramach projektu pn.:

**„WSPÓŁPRACA TRANSGRANICZNA INSTYTUCJI OCHRONY ZDROWIA W ZAKRESIE PRAW PACJENTA I JAKOŚCI USŁUG” NUMER PROJEKTU LT – PL – 3R - 245**

**WYKAZ OSÓB które posiadają doświadczenie w zakresie moderowania warsztatów związanych z tematyką ochrony zdrowia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko**  |  | **Odbiorca – Zamawiający, na rzecz którego realizowano usługę \*** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

**WYKAZ OSÓB które posiadają doświadczenie w zakresie moderowania warsztatów związanych z tematyką współpracy transgranicznej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko**  |  | **Odbiorca – Zamawiający, na rzecz którego realizowano usługę \*** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |