



**Załącznik 3** do zapytania ofertowego nr 17/BYD/SP/5.4/staż

**Opiekun zajęć stażowych** – liczba dni, podczas których sprawowana była funkcja opiekuna zajęć stażowych kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych

**Imię i nazwisko kandydata**.....

<b>L.p.</b>	<b>Data kursu</b> od...do...	<b>Nazwa kursu</b>	<b>Liczba dni, podczas</b> których sprawowana była funkcja opiekuna zajęć stażowych	<b>Organizator</b> nazwa, dane kontaktowe

Dnia .....20... r. ....  
(Data i podpis/y osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)