



Załącznik 3 do zapytania ofertowego nr10/BYD/EKG/5.4/staż

Opiekun zajęć stażowych – liczba dni, podczas których sprawowana była funkcja opiekuna zajęć stażowych 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 dni, podczas których sprawowana była funkcja opiekuna zajęć stażowych	Organizator nazwa, dane kontaktowe

Dnia20.... r.

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