*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **08/09/2019/BG data: 10.09.2019 r.** w ramach projektu „Gotowi do zmian II” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**Życiorys zawodowy**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa uczelni; ośrodka szkoleniowego oraz data ukończenia | Uzyskany stopień lub dyplom |
|  |  |
|  |  |

Doświadczenie zawodowe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Miejscowość | Firma | Stanowisko |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Inne informacje:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

podpis Wykonawcy