**Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego nr 2/RPO/HOSTEL/SNR/2019/BK**

W ramach projektu ,,Poprawa dostępności usług zdrowotnych szansą na niezależność mieszkańców województwa świętokrzyskiego”

Imię i nazwisko: ………………………………………….…….

Adres: ……………………………….……………………………….

***WYKAZ WYKSZTAŁCENIA***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa uczelni** | **Okres trwania**  | **Kierunek** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

Podpis Wykonawcy