**Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego nr 3/RPO/HOSTEL/SNR/2019/BK**

,,Poprawa dostępności usług zdrowotnych szansą na niezależność mieszkańców województwa świętokrzyskiego”.

Imię i nazwisko: ………………………………………….…….

Adres: ……………………………….……………………………….

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa zakładu pracy** | **Okres pracy**  | **Stanowisko** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

Podpis Wykonawcy