

Stowarzyszenie Aglomeracja Kalisko-Ostrowska
siedziba: ul. Główny Rynek 20, 62-800 Kalisz

WYKAZ CZŁONKÓW ZESPOŁU BADAWCZEGO

Wykonawca:

.....
(nazwa firmy)

.....
(siedziba firmy)

dysponuję lub będę dysponował na potrzeby realizacji zamówienia:

Lp.	Imię i nazwisko kierownika/koordynatora zespołu badawczego	Wykształcenie/Tytuł naukowy	Doświadczenie na potrzeby spełnienia warunków udziału w postępowaniu oraz w ramach dodatkowego kryterium *

Lp.	Imię i nazwisko członka zespołu badawczego	Wykształcenie/Tytuł naukowy	Doświadczenie na potrzeby dodatkowego kryterium *

*

Proszę podać daty, przedmiot zlecenia (wdrożenie, szkolenie itp.) oraz podmiot zlecający.

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i zgodnie ze stanem faktycznym.

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

