 Dostępny samorząd – granty

Załącznik nr 3

……………………………….……………

(Pieczęć Wykonawcy)

**Dotyczy: Usługa doradztwa w zakresie dostępności dla Starostwa Powiatowego
w Strzyżowie oraz jednostek organizacyjnych Powiatu Strzyżowskiego**

**OŚWIADCZENIE**

**Wykaz osób świadczących usługi doradztwa w zakresie dostępności**

**dla jednostek samorządu terytorialnego (min. 2 osoby)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Doświadczenie wskazanej osoby w prowadzeniu doradztwa lub szkoleń w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej lub komunikacyjno-informacyjnej w jednostkach samorządu terytorialnego**(nazwa jst, liczba zrealizowanych godzin doradztwa, tematyka) | **Liczba prowadzonych godzin doradztwa w formie on-line** | **Podstawa****dysponowania****osobami w trakcie****realizacji****zamówienia**(np. umowa o pracę) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

Miejscowość…………………….., dnia…………………………………..

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

*(Pieczęć i podpis osoby reprezentującej Wykonawcę)*