Załącznik nr 5

…….
(nazwa i adres Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY
o doświadczeniu

Personel wykonawcy posiada co najmniej 3 letnie doświadczenie w prowadzeniu zajęć w ramach Akademii Cisco

Proszę wymienić personel zaangażowany do realizacji projektu:

Imię i Nazwisko	Doświadczenie w prowadzeniu zajęć w ramach Akademii Cisco (liczba lat)

……..
(podpis Wykonawcy)