**Wykaz wykształcenia fizjoterapeuty (Załącznik nr 3)**

|  |
| --- |
|  |
| (Nazwa Wykonawcy) |
|  |
| (adres) |
|  |
| (NIP) |
|  |
| (telefon) |
|  |
| (e-mail) |
| **WYKAZ WYKSZTAŁCENIA FIZJOTERAPEUTY** |
|  |  |  |
|  | Imię i Nazwisko Wykonawcy lub Osoby wykonującej usługę |  |
| **Wykształcenie:** |
| **L.p.** | **Nazwa Instytucji** | **Data od** | **Data do** | **Uzyskane stopnie lub dyplomy** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
| **Dodatkowe kursy/ szkolenia/certyfikaty** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
|  |  |  |
| (miejscowość, data) |  | (podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej do występowania w imieniu Wykonawcy) |