Załącznik nr 2: CV

Dotyczy zapytania ofertowego nr: OSU-III-261-1-15/2015

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| E-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Część I: Wykształcenie** | |
|  |  |
| Nazwa ukończonej uczelni |  |
| Nazwa wydziału uczelni, kierunek, |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ostatni uzyskany tytuł lub stopień naukowy | |  |
| Nazwa uczelni nadającej tytuł lub stopień naukowy: | |  |
| Nazwa Wydziału | |  |
| |  |  | | --- | --- | | **Część II: Udokumentowane doświadczenie zawodowe trenera związane z tematyką przestępczości transgranicznej narkotykowej** | | | \*W razie potrzeby skopiować poniższą tabelkę. | | | Stanowisko |  | | Miejsce pracy |  | | Okres zatrudnienia (od- do) |  | | Zakres wykonywanych zadań związanych z przestępczością transgraniczną narkotykową: |  |   **Część III: Udokumentowane doświadczenie szkoleniowe trenera związane z przeprowadzeniem szkoleń dotyczących przestępczości transgranicznej narkotykowej, wykonanych w okresie ostatnich 5 lat lub krótszym** | | |
|  | | |
| Usługa nr | 1 |  |
| Nazwa przeprowadzonego szkolenia | |  |
| Nazwa jednostki, dla której przeprowadzono szkolenie | |  |
| Data wykonania usługi  (od mm/rrrr- do mm/rrr) | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Usługa nr | 2 |  |
| Nazwa przeprowadzonego szkolenia | |  |
| Nazwa jednostki, dla której przeprowadzono szkolenie | |  |
| Data wykonania usługi  (od mm/rrrr- do mm/rrr) | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Usługa nr | 3 |  |
| Nazwa przeprowadzonego szkolenia | |  |
| Nazwa jednostki, dla której przeprowadzono szkolenie | |  |
| Data wykonania usługi (  od mm/rrrr- do mm/rrr) | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Usługa nr | 4 |  |
| Nazwa przeprowadzonego szkolenia | |  |
| Nazwa jednostki, dla której przeprowadzono szkolenie | |  |
| Data wykonania usługi  (od mm/rrrr- do mm/rrr) | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Usługa nr | 5 |  |
| Nazwa przeprowadzonego szkolenia | |  |
| Nazwa jednostki, dla której przeprowadzono szkolenie | |  |
| Data wykonania usługi  (od mm/rrrr- do mm/rrr) | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Usługa nr | 6 |  |
| Nazwa przeprowadzonego szkolenia | |  |
| Nazwa jednostki, dla której przeprowadzono szkolenie | |  |
| Data wykonania usługi  (od mm/rrrr- do mm/rrr) | |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia niniejszego postępowania zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych   
osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182, z późn. zm.).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość, data |  | Czytelny podpis |