**Znak sprawy: MCPS.ZP/KBCH/351-2-15/2020 Załącznik nr 9 do IWZ**

**.........................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2**

**„Doświadczenie trenera”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń  1 . Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:   * temat szkolenia: … * liczba godzin szkoleniowych: … * termin szkolenia: …   2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:   * temat szkolenia: … * liczba godzin szkoleniowych: … * termin szkolenia: …   3. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:   * temat szkolenia: … * liczba godzin szkoleniowych: … * termin szkolenia: …   4. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:   * temat szkolenia: … * liczba godzin szkoleniowych: … * termin szkolenia: …   Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie tematycznym - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: … | |

****