**Załącznik nr 6a do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/KBCH/351-14/2023 TP/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie kadry prowadzącej szkolenie” dla pierwszej części zamówienia (wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
|  Wykaz przeprowadzonych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych ponad wymagane 1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):* temat szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):
* liczba godzin szkoleniowych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):
* termin szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):

2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):* temat szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):
* liczba godzin szkoleniowych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):
* termin szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):

3. … itd.Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 lit. d) SWZ) w zakresie tematycznym - profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert:  |

**(miejscowość, data) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**

**Załącznik nr 6b do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/KBCH/351-14/2023 TP/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie kadry prowadzącej szkolenie” dla drugiej części zamówienia (wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
|  Wykaz przeprowadzonych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych ponad wymagane 1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):* temat szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):
* liczba godzin szkoleniowych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):
* termin szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):

2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):* temat szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):
* liczba godzin szkoleniowych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):
* termin szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):

3. … itd.Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 lit. d) SWZ) w zakresie tematycznym - profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert:  |

**(miejscowość, data) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**

**Załącznik nr 6c do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/KBCH/351-14/2023 TP/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie kadry prowadzącej szkolenie” dla trzeciej części zamówienia (wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
|  Wykaz przeprowadzonych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych ponad wymagane 1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):* temat szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):
* liczba godzin szkoleniowych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):
* termin szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):

2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):* temat szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):
* liczba godzin szkoleniowych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):
* termin szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):

3. … itd.Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 lit. d) SWZ) w zakresie tematycznym - profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert:  |

**(miejscowość, data) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**

**Załącznik nr 6d do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/KBCH/351-14/2023 TP/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie kadry prowadzącej szkolenie” dla czwartej części zamówienia (wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
|  Wykaz przeprowadzonych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych ponad wymagane 1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):* temat szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):
* liczba godzin szkoleniowych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):
* termin szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):

2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):* temat szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):
* liczba godzin szkoleniowych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):
* termin szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):

3. … itd.Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 lit. d) SWZ) w zakresie tematycznym - profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert:  |

**(miejscowość, data) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**