**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-16/2022 TP/U**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca doświadczenia trenera**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie trenera”**

**Część 1 zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| 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. …………………………………………  Łączna liczba godzin dydaktycznych w prowadzeniu zajęć ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a) podlitera a. SWZ) **w zakresie szkoleń warsztatowych upowszechniających tworzenie Centrów Usług Społecznych (CUS)**:  ……………………………… | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| 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. …………………………………………  Łączna liczba godzin dydaktycznych w prowadzeniu zajęć ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a) podlitera b. SWZ) **w zakresie szkoleń warsztatowych upowszechniających ideę deinstytucjonalizacji (DI):**  ……………………………… | |

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

**Część 2 zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| 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. …………………………………………  Łączna liczba godzin dydaktycznych w prowadzeniu zajęć ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. b) SWZ) **w zakresie procesu deinstytucjonaliacji**:  ……………………………… | |

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