**Znak sprawy:MCPS.ZP/KM/351-2-10/2020**

Załącznik nr 8a do SIWZ

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

Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania punktów w kryterium**

**„Doświadczenie trenera”**

**dla pierwszej części zamówienia**

**(wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń w zakresie tworzenia planów pracy z rodziną dysfunkcyjną:  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. ………………………………………………..…  Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie tematycznym dotyczącym depresji jako choroby XX wieku – wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium  nr 2 oceny ofert: …….. | |

****

**Znak sprawy:MCPS.ZP/KM/351-2-10/2020**

Załącznik nr 8b do IWZ

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

Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania punktów w kryterium**

**„Doświadczenie trenera”**

**dla pierwszej części zamówienia**

**(wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń w zakresie tworzenia planów pracy z rodziną dysfunkcyjną:  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. ………………………………………………..…  Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie tematycznym dotyczącym interwencji w przypadku dzieci i młodzież znajdujących się w kryzysie – wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: …….. | |

****

**Znak sprawy:MCPS.ZP/KM/351-2-10/2020**

Załącznik nr 8c do IWZ

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

Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania punktów w kryterium**

**„Doświadczenie trenera”**

**dla pierwszej części zamówienia**

**(wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń w zakresie tworzenia planów pracy z rodziną dysfunkcyjną:  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. ………………………………………………..…  Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie tematycznym dotyczącym pracy socjalnej z osobami z zaburzeniami psychicznymi – wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: …….. | |

****