*Załącznik nr 5 do SWZ –* wzór wykazu Doświadczenie zawodowe i kwalifikacje osób skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia

Nr postępowania PCEN III.242.28.2023

**PRZEPROWADZENIE DOSKONALENIA ZAWODOWEGO**

**„Zakup licencjonowanych narzędzi diagnostycznych wraz z przeszkoleniem 20 nauczycieli/ specjalistów ds. doradztwa zawodowego w szkołach pracujących z młodzieżą i dorosłymi (rodzicami/ opiekunami)”**

**formularz do kryterium oceny ofert**

**„Doświadczenie zawodowe i kwalifikacje osób skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia”**

Oświadczam (y), że niżej wymienione osoby, które skieruje do realizacji zamówienia posiadają następujące kwalifikacje i doświadczenie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko**  **osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Informacja na temat doświadczenia**  Aby wykonawca uzyskał punkty w kryterium **Doświadczenie zawodowe osób skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia”,** musi jednoznacznie wskazać wszystkie dane wymagane w poniższych kolumnach | | | |
|  |  | **Temat szkolenia**  (związany z tematyką zamówienia) | **Termin realizacji szkolenia**  Od dnia … do dnia…  (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem składania ofert | **Odbiorca szkolenia/ dla kogo realizowano szkolenie**  Wymagane jest przeprowadzenie szkolenia dla osób dorosłych, dla  grupy min. 15 osób)) | **Organizator /Zamawiający** |
|  |  |  |  |
| **Temat publikacji lub *innych efektów działalności związanej z tematyką zamówienia*** | | **Data publikacji lub termin realizacji** (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem składania ofert | |
|  | |  |  |
|  | |  |

*Podpisuje kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym lub podpisem zaufanym*

*wykonawca lub osoba upoważniona*

……………………………… ……………………………………………………

*miejscowość, data* *podpis osoby/osób uprawnionej  
 do reprezentowania*