**Załącznik nr 4a do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-2/2024 PN/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca wykładowców / 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 pkt. 4 lit. a) tiret trzecie 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 4b do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-2/2024 PN/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca wykładowców / 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 pkt 4 lit. b) tiret czwarte 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 4c do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-2/2024 PN/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca wykładowców / 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 pkt 4 lit. b) tiret czwarte 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 4d do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-2/2024 PN/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca wykładowców / 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 § 10 ust. 1 pkt 4 lit. b) tiret czwarte 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 4e do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-2/2024 PN/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca wykładowców / trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie kadry prowadzącej szkolenie” dla piątej 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 pkt 4 lit. b) tiret czwarte 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)**