**Załącznik nr 8 do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/KBCH/351-46/2021 TP/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie trenera” (wzór dla każdego trenera realizującego zamówienie).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 seminarium, szkoleń lub warsztatów ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 lit. c) SWZ) w zakresie tematycznym - **„Pierwsza pomoc przedmedyczna w pracy z seniorem”**- wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: ……………………………… |

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