**Załącznik nr 8a do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-61/2022 TP/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie kadry trenerskiej” 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:  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) w zakresie tematycznym - profilaktyki uzależnień - 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 8b do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-61/2022 TP/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie kadry trenerskiej” 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 przeciwdziałania przemocy w rodzinie:  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) w zakresie tematycznym - przeciwdziałania przemocy w rodzinie: - 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 8c do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-61/2022 TP/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie kadry trenerskiej” dla trzeciej części zamówienia (wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie dialogu motywującego:  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) w zakresie dialogu motywującego wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w podkryterium 1 kryterium nr 2 oceny ofert: ………….. | |
| Certyfikat Terapeuty Motywującego Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej (PTTM)  Trener posiada\* / Trener nie posiada\* | |

\*Niewłaściwe skreślić. Do oferty należy dołączyć kserokopię certyfikatu poświadczoną za zgodność   
z oryginałem. W **przypadku niedołączenia do oferty kserokopii certyfikatu Zamawiający uzna,   
że wskazana osoba nie posiada Certyfikatu Terapeuty Motywującego PTTM, to Wykonawca   
w podkryterium 2 w kryterium 2 uzyska 0 pkt.**

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

**Załącznik nr 8d do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-61/2022 TP/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie kadry trenerskiej” dla czwartej części zamówienia (wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień i/lub przeciwdziałania przemocy w rodzinie:  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) - w zakresie profilaktyki uzależnień i/lub przeciwdziałania przemocy w rodzinie - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: ……….. | |

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