Załącznik nr 6.1 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 1)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji zawodowych, zarządzania i marketingu na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 8 części** oświadczam że

w części 1 pn: Zrealizowanie szkolenia: Coaching do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia…………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE \*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.2 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 2)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji zawodowych, zarządzania i marketingu na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 8 części** oświadczam że
w części 2 pn: Zrealizowanie szkolenia: HR we współczesnym świecie do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.3 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 3)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji zawodowych, zarządzania i marketingu na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 8 części** oświadczam że
w części 3 pn: Zrealizowanie szkolenia: Managment 3.0 do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.4 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 4)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji zawodowych, zarządzania i marketingu na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 8 części** oświadczam że
w części 4 pn: Zrealizowanie szkolenia: Redagowanie aktów i korespondencji urzędowej w postępowaniach do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.5 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 5)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji zawodowych, zarządzania i marketingu na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 8 części** oświadczam że
w części 5 pn: Zrealizowanie szkolenia: Pisma i decyzje w sprawach administracyjnych do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.6 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 6)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji zawodowych, zarządzania i marketingu na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 8 części** oświadczam że
w części 6 pn: Zrealizowanie szkolenia: Szkolenie w zakresie influencer marketing

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.7 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 7)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji zawodowych, zarządzania i marketingu na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 8 części** oświadczam że
w części 7 pn: Zrealizowanie szkolenia: Szkolenie w zakresie organizator i menadżer eventów

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.8 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 8)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji zawodowych, zarządzania i marketingu na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 8 części** oświadczam że
w części 8 pn: Zrealizowanie szkolenia: Własny biznes do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**