**Kryterium „Doświadczenie Wykonawcy”:** doświadczenie w zakresie świadczenia usług szkoleniowych w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie dla pracowników instytucji działających na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

| …………………………………..  Imię i nazwisko szkoleniowca 1 | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa szkolenia w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie zrealizowanego od 1 stycznia 2017 roku** | **Nazwa instytucji działającej na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie, której pracownicy zostali przeszkoleni** | **Termin szkolenia** | **Liczba godzin dydaktycznych** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Data i podpis osoby/osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

| …………………………………..  Imię i nazwisko szkoleniowca 2 | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa szkolenia w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie zrealizowanego od 1 stycznia 2017 roku** | **Nazwa instytucji działającej na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie, której pracownicy zostali przeszkoleni** | **Termin szkolenia** | **Liczba godzin dydaktycznych** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Data i podpis osoby/osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy