**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