**Załącznik nr 5a do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-ZP/CM/351-18/2022 TP/U /S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia (wzór dla każdego z trenerów realizujących tę część zamówienia) dla części 1 zamówienia.**

**Trenerzy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiadane wykształcenie  |  |
| Trener w okresie ostatnich trzech lat, licząc od terminu składania ofert, przeprowadził szkolenia obejmujące co najmniej 50 godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie uzależnień chemicznych i behawioralnych (1 godzina dydaktyczna = 45 minut) | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[1]](#footnote-1) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

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

**Załącznik nr 5b do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-ZP/CM/351-18/2022 TP/U /S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia (wzór dla każdego z trenerów realizujących tę część zamówienia) dla części 2 zamówienia.**

**Trenerzy (dotyczy osób posiadających certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub certyfikat terapii uzależnień, superwizorów z certyfikatem KBPN)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiadane wykształcenie  |  |
| Trener w okresie ostatnich trzech lat, licząc od terminu składania ofert, przeprowadził szkolenia obejmujące co najmniej 50 godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień (1 godzina dydaktyczna = 45 minut) | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub certyfikat terapii uzależnień. | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| Trener posiada certyfikat superwizora wydany przez KBPN | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada co najmniej 10 lat doświadczenia w pracy dydaktycznej, profilaktycznej i terapeutycznej. | TAK\*/NIE\*(proszę podać ilość lat doświadczenia) |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[2]](#footnote-2) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

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

**Załącznik nr 5b do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-ZP/CM/351-18/2022 TP/U /S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia (wzór dla każdego z trenerów realizujących tę część zamówienia) dla części 2 zamówienia.**

**Trener**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiadane wykształcenie  |  |
| Trener w okresie ostatnich trzech lat, licząc od terminu składania ofert, przeprowadził szkolenia obejmujące co najmniej 50 godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień (1 godzina dydaktyczna = 45 minut) | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[3]](#footnote-3) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

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

**Załącznik nr 5c do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-ZP/CM/351-18/2022 TP/U /S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia (wzór dla każdego z trenerów realizujących tę część zamówienia) dla części 3 zamówienia.**

**Trenerzy (dotyczy osób posiadających certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub certyfikat terapii uzależnień, superwizorów z certyfikatem KBPN)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiadane wykształcenie  |  |
| Trener w okresie ostatnich trzech lat, licząc od terminu składania ofert, przeprowadził szkolenia obejmujące co najmniej 50 godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień (1 godzina dydaktyczna = 45 minut) | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub certyfikat terapii uzależnień. | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| Trener posiada certyfikat superwizora wydany przez KBPN | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada co najmniej 10 lat doświadczenia w pracy dydaktycznej, profilaktycznej i terapeutycznej. | TAK\*/NIE\*(proszę podać ilość lat doświadczenia) |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[4]](#footnote-4) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

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

**Załącznik nr 5c do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-ZP/CM/351-18/2022 TP/U /S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia (wzór dla każdego z trenerów realizujących tę część zamówienia) dla części 3 zamówienia.**

**Trener**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiadane wykształcenie  |  |
| Trener w okresie ostatnich trzech lat, licząc od terminu składania ofert, przeprowadził szkolenia obejmujące co najmniej 50 godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień (1 godzina dydaktyczna = 45 minut) | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[5]](#footnote-5) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

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

**Załącznik nr 5d do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-ZP/CM/351-18/2022 TP/U /S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia (wzór dla każdego z trenerów realizujących tę część zamówienia) dla części 4 zamówienia.**

**Trenerzy (dotyczy osób posiadających certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub certyfikat terapii uzależnień, superwizorów z certyfikatem KBPN)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiadane wykształcenie  |  |
| Trener w okresie ostatnich trzech lat, licząc od terminu składania ofert, przeprowadził szkolenia obejmujące co najmniej 50 godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień (1 godzina dydaktyczna = 45 minut) | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub certyfikat terapii uzależnień. | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| Trener posiada certyfikat superwizora wydany przez KBPN | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada co najmniej 10 lat doświadczenia w pracy dydaktycznej, profilaktycznej i terapeutycznej. | TAK\*/NIE\*(proszę podać ilość lat doświadczenia) |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[6]](#footnote-6) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

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

**Załącznik nr 5d do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-ZP/CM/351-18/2022 TP/U /S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia (wzór dla każdego z trenerów realizujących tę część zamówienia) dla części 4 zamówienia.**

**Trener**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiadane wykształcenie  |  |
| Trener w okresie ostatnich trzech lat, licząc od terminu składania ofert, przeprowadził szkolenia obejmujące co najmniej 50 godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień (1 godzina dydaktyczna = 45 minut) | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[7]](#footnote-7) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

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

1. Forma zatrudnienia (np.: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) lub pisemne zobowiązanie podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy osoby wykazywanej w tabeli do wykonywania zamówienia. [↑](#footnote-ref-1)
2. Forma zatrudnienia (np.: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) lub pisemne zobowiązanie podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy osoby wykazywanej w tabeli do wykonywania zamówienia. [↑](#footnote-ref-2)
3. Forma zatrudnienia (np.: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) lub pisemne zobowiązanie podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy osoby wykazywanej w tabeli do wykonywania zamówienia. [↑](#footnote-ref-3)
4. Forma zatrudnienia (np.: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) lub pisemne zobowiązanie podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy osoby wykazywanej w tabeli do wykonywania zamówienia. [↑](#footnote-ref-4)
5. Forma zatrudnienia (np.: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) lub pisemne zobowiązanie podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy osoby wykazywanej w tabeli do wykonywania zamówienia. [↑](#footnote-ref-5)
6. Forma zatrudnienia (np.: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) lub pisemne zobowiązanie podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy osoby wykazywanej w tabeli do wykonywania zamówienia. [↑](#footnote-ref-6)
7. Forma zatrudnienia (np.: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) lub pisemne zobowiązanie podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy osoby wykazywanej w tabeli do wykonywania zamówienia. [↑](#footnote-ref-7)