**Załącznik nr 11 - wykaz: „Informacje do oceny oferty – kryterium – doświadczenie”** w zakresie kryterium oceny ofert

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz doświadczenia** | | | |
|  | **Psycholog** | | |
| **Imię i nazwisko psychologa** |  | |
| zadeklarowane doświadczenie | | (należy zaznaczyć X)  □ Do 2 lat – 0 pkt  □ Od 3 do 4 lat - 10 pkt  □ 5 lat i powyżej - 20 pkt  □ doświadczenie w prowadzeniu szkoleń dla grupy pracowników administracji rządowej lub samorządowej – 5 pkt |
| Opis doświadczenia  Należy dokładnie wskazać daty, nazwy szkoleń oraz podać na czyją rzecz były realizowane związanych z przedmiotem postepowania poza minimum wskazane jako warunek udziału w postepowaniu | | 1. od …..…./…........... do …..…./…........ *(miesiąc / rok)*   *nazwa i odbiorca szkolenia ………………………………*   1. *od …..…./…........... do …..…./…........ (miesiąc / rok)*   *nazwa i odbiorca szkolenia ………………………………*   1. *od …..…./…........... do …..…./…........ (miesiąc / rok)*   *nazwa i odbiorca szkolenia ………………………………*   1. *od …..…./…........... do …..…./…........ (miesiąc / rok)*   *nazwa i odbiorca szkolenia ………………………………*   1. *od …..…./…........... do …..…./…........ (miesiąc / rok)*   *nazwa i odbiorca szkolenia ………………………………*   1. *………* |
|  | **Fizjoterapeuta** | | |
| **Imię i nazwisko fizjoterapeuty** | |  |
| zadeklarowane doświadczenie | | (należy zaznaczyć X)  □ do 2 lat – 0 pkt  □ od 3-4 lat – 7 pkt  □ 5 lat i powyżej – 15 pkt |
| Opis doświadczenia  Należy dokładnie wskazać lata i opis doświadczenia w zawodzie poza minimum wskazane jako warunek udziału w postepowaniu | | 1. od …..…./…............... do …..…./….............. *(miesiąc / rok)*   *opis doświadczenia……………*   1. *od …..…./…............... do …..…./….............. (miesiąc / rok)*   *opis doświadczenia…………*   1. *od …..…./…............... do …..…./….............. (miesiąc / rok)*   *opis doświadczenia………*   1. *od …..…./…............... do …..…./….............. (miesiąc / rok)*   *opis doświadczenia* |

|  |
| --- |
|  |

Miejscowość: .............................................., dnia .............................. r.

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

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny*

*lub podpis zaufany lub podpis osobisty*