Załącznik nr 8 do SWZ

Znak sprawy: MCPS.ZP/PR/351-40/2023 TP/U/S

Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy

Informacja dodatkowa dotycząca trenerów

Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w

kryterium nr 2„Doświadczenie trenera”

|  |
| --- |
| Trenera szkoleń warsztatowych w zakresie CUS |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| 1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………
* temat usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………
* liczba usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………
* termin usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………
1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………
* temat usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………
* liczba usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………
* termin usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………
1. …………………………………………
2. ………………………………………….

Łączna liczba godzin dydaktycznych w okresie ostatnich 5 (pięciu) lat w przeprowadzaniu usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu **ponad wymagane 300 godzin zegarowych** (zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 4) SWZ) w zakresie pomocy i integracji społecznej, których odbiorcami były instytucje pomocy i integracji społecznej oraz/ lub jednostki samorządu terytorialnego i/ lub jednostkach ochrony zdrowia lub osoby przeprowadzające w gminie/OPS proces przekształcania/ tworzenia CUS wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert:  |

|  |
| --- |
| Trener podczas szkoleń warsztatowych w zakresie DI |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| 1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………
* temat usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………
* liczba godzin usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………
* termin usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………
1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………
* temat usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………
* liczba godzin usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………
* termin usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………
1. ………………………………….
2. ……………………………………..

Łączna liczba godzin dydaktycznych w okresie ostatnich 5 (pięciu) lat w przeprowadzaniu usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych **ponad wymagane 300 godzin zegarowych** (zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 4) SWZ) w zakresie pomocy i integracji społecznej, których odbiorcami były instytucje pomocy i integracji społecznej oraz/lub jednostki samorządu terytorialnego i/lub jednostkach ochrony zdrowia wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (miejscowość, data) |  | podpis osoby uprawnionej do reprezentowaniaWykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie |