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 reprezentowania  Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie |