**Załącznik nr 5a do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-13/2024 PN/U/S**

**Nazwa wykonawcy****: ………………………………………………………………………………………..**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko wykładowcy - trenera | …………….. |
| Posiadane wykształcenie wyższe II stopnia (tytuł magistra)  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu dyplomu. | TAK\*/NIE\* |
| Posiadanie certyfikatu/dyplomu specjalisty psychoterapii uzależnień wydany przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) lub przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) lub przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) lub przez Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) [[1]](#footnote-1)  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu dyplomu/certyfikatu. | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada + numer ) |
| Trener w okresie ostatnich 3 lat, licząc od terminu składania ofert, zrealizował szkolenia obejmujące co najmniej 50 h dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie uzależnień chemicznych lub behawioralnych (1 godzina dydaktyczna = 45 minut). Zamawiający informuje, iż w doświadczeniu trenera nie bierze pod uwagę zajęć na uczelni a faktycznie zrealizowane szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych.  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu dokumentów takich jak listy referencyjne lub oświadczenia klienta lub protokoły, potwierdzających należyte i terminowe przeprowadzenie co najmniej 50 h szkoleń w ww. zakresie. | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada rekomendację superwizora/certyfikat superwizora wydany przez dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) lub przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) lub przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN)  [Lista superwizorów psychoterapii uzależnień - KCPU](https://kcpu.gov.pl/certyfikacja/lista-superwizorow-psychoterapii-uzaleznien/)  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu certyfikatu. | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| 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-WZU/GG/351-13/2024 PN/U/S**

**Nazwa wykonawcy: ………………………………………………………………………………………..**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko wykładowcy - trenera | …………….. |
| Posiadane wykształcenie wyższe II stopnia (tytuł magistra)  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu dyplomu. | TAK\*/NIE\* |
| Posiadane co najmniej 10 lat doświadczenia w pracy dydaktycznej, profilaktycznej i terapeutycznej | TAK\*/NIE\*(proszę podać ilość lat doświadczenia)……….. |
| Posiadanie certyfikatu/dyplomu specjalisty psychoterapii uzależnień wydany przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) lub przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) lub przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) lub przez Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) [[3]](#footnote-3)  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu dyplomu/certyfikatu. | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada + numer) |
| Trener w okresie ostatnich 3 lat, licząc od terminu składania ofert, zrealizował (przeprowadził) szkolenia obejmujące co najmniej 50 h dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie uzależnień chemicznych lub behawioralnych (1 godzina dydaktyczna = 45 minut).  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu dokumentów takich jak listy referencyjne lub oświadczenia klienta lub protokoły, potwierdzających należyte i terminowe przeprowadzenie co najmniej 50 h szkoleń w ww. zakresie. | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada dodatkowo rekomendację superwizora/certyfikat superwizora wydany przez dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) lub przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) lub przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN)  [Lista superwizorów psychoterapii uzależnień - KCPU](https://kcpu.gov.pl/certyfikacja/lista-superwizorow-psychoterapii-uzaleznien/)  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu certyfikatu. | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| 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-WZU/GG/351-13/2024 PN/U/S**

**Nazwa wykonawcy: ………………………………………………………………………………………..**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko wykładowcy - trenera | …………….. |
| Posiadane wykształcenie wyższe II stopnia (tytuł magistra)  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu dyplomu. | TAK\*/NIE\* |
| Posiadane co najmniej 10 lat doświadczenia w pracy dydaktycznej, profilaktycznej i terapeutycznej | TAK\*/NIE\*(proszę podać ilość lat doświadczenia) …… |
| Posiadanie certyfikatu/dyplomu specjalisty psychoterapii uzależnień wydany przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) lub przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) lub przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) lub przez Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) [[5]](#footnote-5)  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu dyplomu/certyfikatu. | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada + numer) |
| Trener w okresie ostatnich 3 lat, licząc od terminu składania ofert, zrealizował (przeprowadził) szkolenia obejmujące co najmniej 50 h dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie uzależnień chemicznych lub behawioralnych (1 godzina dydaktyczna = 45 minut).  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu dokumentów takich jak listy referencyjne lub oświadczenia klienta lub protokoły, potwierdzających należyte i terminowe przeprowadzenie co najmniej 50 h szkoleń w ww. zakresie. | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada dodatkowo rekomendację superwizora/certyfikat superwizora wydany przez dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) lub przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) lub przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN)  [Lista superwizorów psychoterapii uzależnień - KCPU](https://kcpu.gov.pl/certyfikacja/lista-superwizorow-psychoterapii-uzaleznien/)  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu certyfikatu. | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| 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-WZU/GG/351-13/2024 PN/U/S**

**Nazwa wykonawcy: ………………………………………………………………………………………..**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko wykładowcy - trenera | …………….. |
| Posiadane wykształcenie wyższe II stopnia (tytuł magistra)  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu dyplomu. | TAK\*/NIE\* |
| Posiadane co najmniej 10 lat doświadczenia w pracy dydaktycznej, profilaktycznej i terapeutycznej | TAK\*/NIE\*(proszę podać ilość lat doświadczenia) ……….. |
| Posiadanie certyfikatu/dyplomu specjalisty psychoterapii uzależnień wydany przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) lub przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) lub przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) lub przez Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) [[7]](#footnote-7)  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu dyplomu/certyfikatu. | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada + numer) |
| Trener w okresie ostatnich 3 lat, licząc od terminu składania ofert, zrealizował (przeprowadził) szkolenia obejmujące co najmniej 50 h dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie uzależnień chemicznych lub behawioralnych (1 godzina dydaktyczna = 45 minut).  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu dokumentów takich jak listy referencyjne lub oświadczenia klienta lub protokoły, potwierdzających należyte i terminowe przeprowadzenie co najmniej 50 h szkoleń w ww. zakresie. | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada dodatkowo rekomendację superwizora/certyfikat superwizora wydany przez dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) lub przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) lub przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN)  [Lista superwizorów psychoterapii uzależnień - KCPU](https://kcpu.gov.pl/certyfikacja/lista-superwizorow-psychoterapii-uzaleznien/)  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu certyfikatu. | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[8]](#footnote-8) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

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

**Załącznik nr 5e do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-13/2024 PN/U/S**

**Nazwa wykonawcy: ………………………………………………………………………………………..**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia (wzór dla każdego z wykładowców / trenerów realizujących tę część zamówienia) dla części 5 zamówienia.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko wykładowcy - trenera | …………….. |
| Posiadane wykształcenie wyższe II stopnia (tytuł magistra)  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu dyplomu. | TAK\*/NIE\* |
| Posiadane co najmniej 10 lat doświadczenia w pracy dydaktycznej, profilaktycznej i terapeutycznej | TAK\*/NIE\*(proszę podać ilość lat doświadczenia) ……….. |
| Posiadanie certyfikatu/dyplomu specjalisty psychoterapii uzależnień wydany przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) lub przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) lub przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) lub przez Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) [[9]](#footnote-9)  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu dyplomu/certyfikatu. | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada + numer) |
| Trener w okresie ostatnich 3 lat, licząc od terminu składania ofert, zrealizował (przeprowadził) szkolenia obejmujące co najmniej 50 h dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie uzależnień chemicznych lub behawioralnych (1 godzina dydaktyczna = 45 minut).  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu dokumentów takich jak listy referencyjne lub oświadczenia klienta lub protokoły, potwierdzających należyte i terminowe przeprowadzenie co najmniej 50 h szkoleń w ww. zakresie. | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada dodatkowo rekomendację superwizora/certyfikat superwizora wydany przez dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) lub przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) lub przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN)  [Lista superwizorów psychoterapii uzależnień - KCPU](https://kcpu.gov.pl/certyfikacja/lista-superwizorow-psychoterapii-uzaleznien/)  Na potwierdzenie powyższego warunku wykonawca złączy dowód w postaci skanu certyfikatu. | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[10]](#footnote-10) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

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

1. System Certyfikacji m.in. na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi. Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Certyfikacja - KCPU PSYCHOTERAPIA UZALEŻNIEŃ – strona konsultanta krajowego i konsultantów wojewódzkich (konsultantkrajowy-psychoterapiauzaleznien.pl)

   [↑](#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. System Certyfikacji m.in. na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi. Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Certyfikacja - KCPU PSYCHOTERAPIA UZALEŻNIEŃ – strona konsultanta krajowego i konsultantów wojewódzkich (konsultantkrajowy-psychoterapiauzaleznien.pl) [↑](#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. System Certyfikacji m.in. na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi. Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Certyfikacja - KCPU PSYCHOTERAPIA UZALEŻNIEŃ – strona konsultanta krajowego i konsultantów wojewódzkich (konsultantkrajowy-psychoterapiauzaleznien.pl) [↑](#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. System Certyfikacji m.in. na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi. Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Certyfikacja - KCPU PSYCHOTERAPIA UZALEŻNIEŃ – strona konsultanta krajowego i konsultantów wojewódzkich (konsultantkrajowy-psychoterapiauzaleznien.pl) [↑](#footnote-ref-7)
8. 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-8)
9. System Certyfikacji m.in. na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi. Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Certyfikacja - KCPU PSYCHOTERAPIA UZALEŻNIEŃ – strona konsultanta krajowego i konsultantów wojewódzkich (konsultantkrajowy-psychoterapiauzaleznien.pl) [↑](#footnote-ref-9)
10. 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-10)