Załącznik nr 9 do SWZ

MCPS-WZU/KBCH/351-14/2024 TP/U/S

**Wykaz dodatkowego doświadczenia trenerów w celu zdobycia dodatkowych punktów w kryterium nr 2 (należy uzupełnić dla każdego trenera oddzielnie)**

Imię i nazwisko trenera :

Liczba godzin szkoleniowych/warsztatowych:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Tytuł/nazwa szkolenia/warsztatu | Opis szkolenia | Liczba godzin | Data realizacji | Nazwa i adres Zleceniodawcy |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

…………………………………….…, dn. …………………… ….…………………..………………………………….………………………

(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej po stronie Wykonawcy)