**Załącznik nr 6 do SWZ**

**znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-43/2023 TP/U/S**

..................................................

nazwa i adres wykonawcy

**Dodatkowe doświadczenie kadry dydaktycznej skierowanej przez wykonawcę do realizacji zamówienia składane w celu otrzymania dodatkowych punktów w kryterium nr 2.**

***Szkolenie z zakresu zarządzania i organizacji usług społecznych – minimum 1 trener***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko trenera** |  **OPIS DOŚWIADCZENIA** | **Data wykonania**(DD/MM/RRRR) | **Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana**(nazwa, adres, numer telefonu) |
| 1. |  | Nazwa szkolenia: …………………………………………………………………………………………….Doświadczenie trenera w postaci **liczby godzin dydaktycznych1** przeprowadzonych szkoleń ……  |  |  |
| 2. |  | Nazwa szkolenia: …………………………………………………………………………………………….Doświadczenie trenera w postaci **liczby godzin dydaktycznych1** przeprowadzonych szkoleń …… |  |  |

 Godzina rozumiana jest jako 45 minut przeprowadzonych zajęć lub szkoleń.

 ………………………………… ………………………………………

 Miejscowość, data Podpis/y osoby/osób upoważnionej/ych

 do reprezentowania Wykonawcy