**Załącznik nr 5a do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-2/2024 PN/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

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

**Trenerzy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko wykładowcy - trenera |  |
| Posiadane wykształcenie |  |
| 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) | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| Trener w okresie ostatnich 3 lat, licząc od terminu składania ofert, zrealizował faktycznie 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. | 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) | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[1]](#footnote-1) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

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

**Załącznik nr 5b do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-2/2024 PN/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

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

**Trenerzy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko wykładowcy - trenera |  |
| Posiadane wykształcenie |  |
| Trener posiada co najmniej 10 lat doświadczenia w pracy dydaktycznej, profilaktycznej i terapeutycznej (Doświadczenie wykładowcy/trenera zliczane w zakresie przeprowadzonych zajęć z psychoterapii z osobami uzależnionymi i ich rodzinami, udokumentowane umowami o pracę lub umowami cywilno-prawnymi); | TAK\*/NIE\*(proszę podać ilość lat doświadczenia) |
| Trener posiada certyfikat/dyplom 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). | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| Trener w okresie ostatnich 3 lat, licząc od terminu składania ofert, zrealizował co najmniej 50 h dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych (1 godzina dydaktyczna = 45 minut); | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada rekomendację superwizora/certyfikat superwizora wydany przez dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU). | 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) | 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 5c do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-2/2024 PN/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

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

**Trenerzy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko wykładowcy - trenera |  |
| Posiadane wykształcenie |  |
| Trener posiada co najmniej 10 lat doświadczenia w pracy dydaktycznej, profilaktycznej i terapeutycznej (Doświadczenie wykładowcy/trenera zliczane w zakresie przeprowadzonych zajęć z psychoterapii z osobami uzależnionymi i ich rodzinami, udokumentowane umowami o pracę lub umowami cywilno-prawnymi); | TAK\*/NIE\*(proszę podać ilość lat doświadczenia) |
| Trener posiada certyfikat/dyplom 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). | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| Trener w okresie ostatnich 3 lat, licząc od terminu składania ofert, zrealizował co najmniej 50 h dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych (1 godzina dydaktyczna = 45 minut); | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada rekomendację superwizora/certyfikat superwizora wydany przez dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU). | 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) | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[3]](#footnote-3) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

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

**Załącznik nr 5d do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-2/2024 PN/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

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

**Trenerzy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko wykładowcy - trenera |  |
| Posiadane wykształcenie |  |
| Trener posiada co najmniej 10 lat doświadczenia w pracy dydaktycznej, profilaktycznej i terapeutycznej (Doświadczenie wykładowcy/trenera zliczane w zakresie przeprowadzonych zajęć z psychoterapii z osobami uzależnionymi i ich rodzinami, udokumentowane umowami o pracę lub umowami cywilno-prawnymi); | TAK\*/NIE\*(proszę podać ilość lat doświadczenia) |
| Trener posiada certyfikat/dyplom 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). | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| Trener w okresie ostatnich 3 lat, licząc od terminu składania ofert, zrealizował co najmniej 50 h dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych (1 godzina dydaktyczna = 45 minut); | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada rekomendację superwizora/certyfikat superwizora wydany przez dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU). | 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) | 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 5e do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-2/2024 PN/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

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

**Trenerzy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko wykładowcy - trenera |  |
| Posiadane wykształcenie |  |
| Trener posiada co najmniej 10 lat doświadczenia w pracy dydaktycznej, profilaktycznej i terapeutycznej (Doświadczenie wykładowcy/trenera zliczane w zakresie przeprowadzonych zajęć z psychoterapii z osobami uzależnionymi i ich rodzinami, udokumentowane umowami o pracę lub umowami cywilno-prawnymi); | TAK\*/NIE\*(proszę podać ilość lat doświadczenia) |
| Trener posiada certyfikat/dyplom 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). | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| Trener w okresie ostatnich 3 lat, licząc od terminu składania ofert, zrealizował co najmniej 50 h dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych (1 godzina dydaktyczna = 45 minut); | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada rekomendację superwizora/certyfikat superwizora wydany przez dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU). | 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) | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[5]](#footnote-5) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

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

1. 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-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. 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-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. 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-5)