**Załącznik nr 6a do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/AR/351-24/2021 TP/U**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

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

**Trenerzy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiadane wykształcenie  |  |
| Trener w okresie ostatnich trzech lat, licząc od terminu składania ofert, przeprowadził szkolenia obejmujące co najmniej 50 godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki narkotykowej (1 godzina dydaktyczna = 45 minut) | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub certyfikat terapii uzależnień. | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| Trener posiada co najmniej 5 lat doświadczenia w pracy dydaktycznej, profilaktycznej i terapeutycznej. | TAK\*/NIE\*(proszę podać ilość lat doświadczenia) |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[1]](#footnote-1) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

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

**Załącznik nr 6b do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/AR/351-24/2021 TP/U**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

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

**Trenerzy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiadane wykształcenie  |  |
| Trener w okresie ostatnich trzech lat, licząc od terminu składania ofert, przeprowadził szkolenia obejmujące co najmniej 50 godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki narkotykowej (1 godzina dydaktyczna = 45 minut) | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub certyfikat terapii uzależnień. | TAK\*/NIE\*(proszę podać jaki certyfikat posiada) |
| Trener posiada certyfikat superwizora wydany przez KBPN | TAK\*/NIE\* |
| Trener posiada co najmniej 5 lat doświadczenia w pracy dydaktycznej, profilaktycznej i terapeutycznej. | TAK\*/NIE\*(proszę podać ilość lat doświadczenia) |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[2]](#footnote-2) |  |

**\*** 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)