**Załącznik nr 8a do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/KBCH/351-49/2022 TP/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie trenera” dla pierwszej części zamówienia (wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Imię i nazwisko trenera** |  |
| 1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………   * temat szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * liczba godzin szkoleniowych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * termin szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………   2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………   * temat szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * liczba godzin szkoleniowych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * termin szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………   3. …………………………………………   1. Łączna liczba godzin dydaktycznych w prowadzeniu seminarium, szkoleń lub warsztatów ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 lit. e) SWZ) w zakresie tematycznym - **„Działalność na rzecz społeczności lokalnej, animacja lokalna ”.** - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert:   ……………………………… | |

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

**Załącznik nr 8b do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/KBCH/351-49/2022 TP/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie trenera” dla drugiej części zamówienia (wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Imię i nazwisko trenera** |  |
| 1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej):  …………   * temat szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * liczba godzin szkoleniowych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * termin szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………   2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………   * temat szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * liczba godzin szkoleniowych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * termin szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………   3. …………………………………………   1. Łączna liczba godzin dydaktycznych w prowadzeniu seminarium, szkoleń lub warsztatów ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 lit. e) SWZ) w zakresie tematycznym - **„Depresja u dzieci i młodzieży”.** - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert:   ……………………………… | |

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

**Załącznik nr 8c do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/KBCH/351-49/2022 TP/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie trenera” dla trzeciej części zamówienia (wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Imię i nazwisko trenera** |  |
| 1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………   * temat szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * liczba godzin szkoleniowych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * termin szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………   2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………   * temat szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * liczba godzin szkoleniowych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * termin szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………   3. …………………………………………  Łączna liczba godzin dydaktycznych w prowadzeniu seminarium, szkoleń lub warsztatów ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 lit. e) SWZ) w zakresie tematycznym - **„Diagnoza i plan pracy z rodziną dysfunkcyjną”.** - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert:  ……………………………… | |

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

**Załącznik nr 8d do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/KBCH/351-49/2022 TP/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie trenera” dla czwartej części zamówienia (wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Imię i nazwisko trenera** |  |
| 1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………   * temat szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * liczba godzin szkoleniowych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * termin szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………   2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………   * temat szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * liczba godzin szkoleniowych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * termin szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………   3. …………………………………………  Łączna liczba godzin dydaktycznych w prowadzeniu seminarium, szkoleń lub warsztatów ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 lit. e) SWZ) w zakresie tematycznym – **„Pomoc dzieciom z FAS i FASD”.** - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert:  ……………………………… | |

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