Załącznik nr 4 do SWZ – Informacja dodatkowa dotycząca trenerów

Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-4/2024 PN/U/S

Imię i nazwisko i/lub nazwa (firmy) Wykonawcy /Wykonawców występujących wspólnie:

Adres Wykonawcy: :

NIP:

REGON:

**Opis doświadczenia trenera – dot. kryterium nr 2**

**Imię i nazwisko trenera:**

**Liczba przeprowadzonych szkoleń/warsztatów:**

**Doświadczenie praktyczne:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Tytuł/nazwa**  **szkolenia** | **Opis szkolenia** | **Liczba godzin** | **Data realizacji**  **od – do** | **Nazwa i adres**  **Zleceniodawcy** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

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

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