**Załącznik nr 8a do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/KBCH/351-31/2021 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. …………………………………………Łączna liczba godzin dydaktycznych w prowadzeniu seminarium, szkoleń lub warsztatów ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 lit. c) SWZ) w zakresie tematycznym - **„Pierwsza pomoc przedmedyczna w pracy z seniorem”**- 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/351-31/2021 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. …………………………………………Łączna liczba godzin dydaktycznych w prowadzeniu seminarium, szkoleń lub warsztatów ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 lit. c) SWZ) w zakresie tematycznym **„Praca socjalna z klientem roszczeniowym, uzależnionym”** - 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/351-31/ 2021 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).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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. c) SWZ) w zakresie tematycznym - **„Zarzadzanie czasem i efektywna organizacja pracy – dla kadry kierowniczej JOPS”**- 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/351-31/ 2021 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).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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. c) SWZ) w zakresie tematycznym – **„Wypalenie zawodowe”** - 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 8e do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/KBCH/351-31/ 2021 TP/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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. c) SWZ) w zakresie tematycznym - **„Zamówienia publiczne”** - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: ……………………………… |

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