Załącznik nr 13 do SWZ

MCPS-WZU/KBCH/351-43/2024 PN/U/S

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenera/ów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie trenerów”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Imię i nazwisko trenera** |  |
| 1. | Wykaz przeprowadzonych, szkoleń dla realizatorów programu „Unplugged” w formie stacjonarnej:  1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora:   * temat szkolenia w formie stacjonarnej : … * liczba godzin szkoleniowych: … * termin szkolenia w formie stacjonarnej : …   2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora:   * temat szkolenia w formie stacjonarnej : … * liczba godzin szkoleniowych: … * termin szkolenia w formie stacjonarnej : …   3. Nazwa zleceniodawcy/organizatora:   * temat szkolenia w formie stacjonarnej : … * liczba godzin szkoleniowych: … * termin szkolenia w formie stacjonarnej : …   …………………………………………  Łączna liczba szkoleń w formie stacjonarnej dla realizatorów programu „Unplugged” w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: ……………….. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Imię i nazwisko trenera** |  |
| 2. | Wykaz przeprowadzonych, szkoleń dla realizatorów programu „Unplugged” w formie stacjonarnej:  1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora:   * temat szkolenia w formie stacjonarnej : … * liczba godzin szkoleniowych: … * termin szkolenia w formie stacjonarnej : …   2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora:   * temat szkolenia w formie stacjonarnej : … * liczba godzin szkoleniowych: … * termin szkolenia w formie stacjonarnej : …   3. Nazwa zleceniodawcy/organizatora:   * temat szkolenia w formie stacjonarnej : … * liczba godzin szkoleniowych: … * termin szkolenia w formie stacjonarnej : …   …………………………………………  Łączna liczba szkoleń w formie stacjonarnej dla realizatorów programu „Unplugged” w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: ……………….. | |