**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/KBCH/351-11/2021 TP/U**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie kadry trenerskiej”.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień:  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. … itd.  Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) zakresie tematycznym - profilaktyki uzależnień - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów  w kryterium nr 2 oceny ofert: | |

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