**MCPS/ZP/PG/351-12/2021 PN/U załącznik nr 7a do specyfikacji warunków zamówienia (SWZ)**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Część 1 zamówienia - Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień i/lub przeciwdziałania przemocy w rodzinie:  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 i/lub przeciwdziałania przemocy w rodzinie - wykazywanych  w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: | |

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

**MCPS/ZP/PG/351-12/2021 PN/U załącznik nr 7b do specyfikacji warunków zamówienia (SWZ)**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Część 2 zamówienia - Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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) w 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)**

**MCPS/ZP/PG/351-12/2021 PN/U załącznik nr 7c do specyfikacji warunków zamówienia (SWZ)**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Część 3 zamówienia - Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie pracy w świetlicy socjoterapeutycznej lub świetlicy środowiskowej:  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) - w zakresie pracy w świetlicy socjoterapeutycznej lub świetlicy środowiskowej - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: | |

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

**MCPS/ZP/PG/351-12/2021 PN/U załącznik nr 7d do specyfikacji warunków zamówienia (SWZ)**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Część 4 zamówienia - Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie dialogu motywującego:  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) w zakresie dialogu motywującego wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w zakresie kryterium Doświadczenie kadry trenerskiej - podkryterium 1 oceny ofert: | |
| Certyfikat Terapeuty Motywującego Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej (PTTM)  Trener posiada\* / Trener nie posiada\* | |

\*Niewłaściwe skreślić. Do oferty należy dołączyć kserokopię certyfikatu poświadczoną za zgodność   
z oryginałem. W przypadku niedołączenia do oferty kserokopii certyfikatu Zamawiający uzna,   
że wskazana osoba nie posiada Certyfikatu Terapeuty Motywującego PTTM, to Wykonawca w zakresie kryterium Doświadczenie kadry trenerskiej - podkryterium 2 - uzyska 0 pkt.

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

**MCPS/ZP/PG/351-12/2021 PN/U załącznik nr 7e do specyfikacji warunków zamówienia (SWZ)**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Część 5 zamówienia - Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie mechanizmu stresu i wypalenia zawodowego:  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) w zakresie tematycznym - mechanizmu stresu i wypalenia zawodowego - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: | |

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

**MCPS/ZP/PG/351-12/2021 PN/U załącznik nr 7f do specyfikacji warunków zamówienia (SWZ)**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Część 6 zamówienia - Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie:  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) w zakresie tematycznym - przeciwdziałania przemocy w rodzinie - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: | |

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

**MCPS/ZP/PG/351-12/2021 PN/U załącznik nr 7g do specyfikacji warunków zamówienia (SWZ)**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Część 7 zamówienia - Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Imię i nazwisko trenera** |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie profilaktyki uzależnień i/lub przeciwdziałania przemocy w rodzinie:  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) w zakresie tematycznym – w zakresie profilaktyki uzależnień i/lub przeciwdziałania przemocy w rodzinie - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: | |

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

**MCPS/ZP/PG/351-12/2021 PN/U załącznik nr 7h do specyfikacji warunków zamówienia (SWZ)**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Część 8 zamówienia - Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie pomocy dzieciom z FAS/FASD:  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) w zakresie tematycznym – pomocy dzieciom z FAS/FASD - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: | |

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