**Załącznik nr 6 do SWZ**

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

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia. [[1]](#footnote-1)**

**Trenerzy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiadane wykształcenie | TAK\*/NIE\* |
| Posiada tytuł psychologa | TAK\*/NIE\* |
| Trener w okresie ostatnich trzech lat, licząc od terminu składania ofert, zrealizował faktycznie szkolenia w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej obejmujące co najmniej 50 godzin dydaktycznych z zakresu profilaktyki uzależnień. | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[2]](#footnote-2) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

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

1. Wykaz należy złożyć dla każdego trenera oddzielnie. [↑](#footnote-ref-1)
2. Forma zatrudnienia (np.: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) lub pisemne zobowiązanie podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy osoby wykazywanej w tabeli do wykonywania zamówienia. [↑](#footnote-ref-2)