**Załącznik nr 4a do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-13/2024 PN/U/S**

**Wykonawca:……………………………………………………..**

**Informacja dodatkowa dotycząca wykładowców / trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie kadry prowadzącej szkolenie” dla pierwszej części zamówienia (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 chemicznych lub behawioralnych ponad wymagane  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) - podać zakres od dnia rozpoczęcia do dnia zakończenia (daty w formacie dzień/miesiąc/rok): ………………………..   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) - podać zakres od dnia rozpoczęcia do dnia zakończenia (daty w formacie dzień/miesiąc/rok): ………………………..   3. … itd.  Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 pkt. 4 lit. a) tiret trzecie SWZ) w zakresie tematycznym - profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: ………………………………….... | |

**Celem potwierdzenia do powyższego wykazu wykonawca załączy skany dokumentów w postaci listów referencyjnych lub oświadczeń klienta lub protokołów odbioru jednoznacznie potwierdzających należyte i terminowe wykonanie szkolenia. Do każdej pozycji z wykazu wystarczy pojedynczy dowód.**

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

**Załącznik nr 4b do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-13/2024 PN/U/S**

**Wykonawca:……………………………………………………..**

**Informacja dodatkowa dotycząca wykładowców / trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie kadry prowadzącej szkolenie” dla drugiej części zamówienia (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 chemicznych lub behawioralnych ponad wymagane  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) - podać zakres od dnia rozpoczęcia do dnia zakończenia (daty w formacie dzień/miesiąc/rok): ………………………..   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) - podać zakres od dnia rozpoczęcia do dnia zakończenia (daty w formacie dzień/miesiąc/rok): ………………………..   3. … itd.  Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 4 lit. b) tiret czwarte SWZ) w zakresie tematycznym - profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: …………………………………….. | |

**Celem potwierdzenia do powyższego wykazu wykonawca załączy skany dokumentów w postaci listów referencyjnych lub oświadczeń klienta lub protokołów odbioru jednoznacznie potwierdzających należyte i terminowe wykonanie szkolenia. Do każdej pozycji z wykazu wystarczy pojedynczy dowód.**

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

**Załącznik nr 4c do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-13/2024 PN/U/S**

**Wykonawca:……………………………………………………..**

**Informacja dodatkowa dotycząca wykładowców / trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie kadry prowadzącej szkolenie” dla trzeciej części zamówienia (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 chemicznych lub behawioralnych ponad wymagane  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) - podać zakres od dnia rozpoczęcia do dnia zakończenia (daty w formacie dzień/miesiąc/rok): ………………………..   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) - podać zakres od dnia rozpoczęcia do dnia zakończenia (daty w formacie dzień/miesiąc/rok): ………………………..   3. … itd.  Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) ponad wymagane (zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 4 lit. b) tiret czwarte SWZ) w zakresie tematycznym - profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: …………………………………….. | |

**Celem potwierdzenia do powyższego wykazu wykonawca załączy skany dokumentów w postaci listów referencyjnych lub oświadczeń klienta lub protokołów odbioru jednoznacznie potwierdzających należyte i terminowe wykonanie szkolenia. Do każdej pozycji z wykazu wystarczy pojedynczy dowód.**

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

**Załącznik nr 4d do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-13/2024 PN/U/S**

**Wykonawca:……………………………………………………..**

**Informacja dodatkowa dotycząca wykładowców / trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie kadry prowadzącej szkolenie” dla czwartej części zamówienia (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 chemicznych lub behawioralnych ponad wymagane  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) - podać zakres od dnia rozpoczęcia do dnia zakończenia (daty w formacie dzień/miesiąc/rok): ………………………..   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) - podać zakres od dnia rozpoczęcia do dnia zakończenia (daty w formacie dzień/miesiąc/rok): ………………………..   3. … itd.  Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) ponad wymagane (zgodnie § 10 ust. 1 pkt 4 lit. b) tiret czwarte SWZ) w zakresie tematycznym - profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: ……………………………………… | |

**Celem potwierdzenia do powyższego wykazu wykonawca załączy skany dokumentów w postaci listów referencyjnych lub oświadczeń klienta lub protokołów odbioru jednoznacznie potwierdzających należyte i terminowe wykonanie szkolenia. Do każdej pozycji z wykazu wystarczy pojedynczy dowód.**

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

**Załącznik nr 4e do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS-WZU/GG/351-13/2024 PN/U/S**

**Wykonawca:……………………………………………………..**

**Informacja dodatkowa dotycząca wykładowców / trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium „Doświadczenie kadry prowadzącej szkolenie” dla piątej części zamówienia (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 chemicznych lub behawioralnych ponad wymagane  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) - podać zakres od dnia rozpoczęcia do dnia zakończenia (daty w formacie dzień/miesiąc/rok): ………………………..   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) - podać zakres od dnia rozpoczęcia do dnia zakończenia (daty w formacie dzień/miesiąc/rok): ………………………..   3. … itd.  Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) ponad wymagane (zgodnie § 10 ust. 1 pkt 4 lit. b) tiret czwarte SWZ) w zakresie tematycznym - profilaktyki uzależnień chemicznych lub behawioralnych - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: ……………………………………… | |

**Celem potwierdzenia do powyższego wykazu wykonawca załączy skany dokumentów w postaci listów referencyjnych lub oświadczeń klienta lub protokołów odbioru jednoznacznie potwierdzających należyte i terminowe wykonanie szkolenia. Do każdej pozycji z wykazu wystarczy pojedynczy dowód.**

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