Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego nr ZZP.262.34.2023.NU

# Wykaz na potwierdzenie doświadczenia trenera i koordynatora

Usługa przeprowadzenia dwudniowego szkolenia online pn. „Jak oceniać wnioski
o dofinansowanie w ramach FEM 2021 – 2027, czyli przegląd dokumentów programowych
oraz praktyczne wskazówki” dla pracowników WUP w Warszawie zaangażowanych we wdrażanie PO WER, RPO WM 2014-2020 i FEM 2021 – 2027 oraz dla członków KOP FEM 2021 – 2027 dla maksymalnie 105 osób, w podziale na 4 grupy szkoleniowe.

# WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ REALIZOWAĆ ZAMÓWIENIE

I. Oświadczam, że w chwili obecnej reprezentowana przeze mnie firma dysponuje następującymi osobami, które będą wykonywać zamówienie lub uczestniczyć wwykonywaniu zamówienia, wraz z informacjami na temat kwalifikacji i zakresu wykonywanych czynności.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Podstawa do dysponowania |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| … |  |  |

# Informacja o kwalifikacjach trenera/ trenerów

Doświadczenie trenerskie – Na spełnienie warunku udziału w postępowaniu Wykonawca zapewni odpowiednio wykwalifikowanego trenera/ trenerów, którzy każdorazowo przeprowadzili min. 200 godz. szkoleń z zakresu oceny wniosków o dofinansowanie w ramach FEM 2021 – 2027, w tym
z przeglądu dokumentów programowych . Zamawiający przyzna punktację za wykazanie dodatkowych godzin szkoleniowych ponad określone na spełnienie warunku zgodnie z kryteriami oceny ofert.

Elementy służące do oceny oferty wykazane w kryterium „wiedza i doświadczenie trenera” nie podlegają uzupełnieniu. Ich brak będzie się wiązał z przyznaniem przez zamawiającego liczby punktów „0 pkt” w kryterium wiedza i doświadczenie trenera.

Imię i nazwisko trenera: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Wykształcenie: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Uzyskany dyplom/stopień: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres Zamawiającego | Czas trwania usługi/szkolenia/ilość godzin oraz data/  | Tytuł usługi  | Zakres usługi/tematyka szkolenia  |
| 1.1. |  |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |  |
| 1.3. |  |  |  |  |
| ….. |  |  |  |  |

# Informacja o kwalifikacjach koordynatora

Imię i nazwisko koordynatora: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Na spełnienie warunku udziału w postępowaniu Wykonawca zapewni co najmniej 1 osobę odpowiedzialną za koordynację zadania i współpracę z Zamawiającym, która obsługiwała przynajmniej 3 usługi dotyczące realizacji szkoleń każdorazowo dla grupy liczącej co najmniej 27 osób.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres Zamawiającego | Termin wykonania usługi w zakresie koordynacji/ data rozpoczęcia i zakończenia/  | Nazwa obsługiwanego szkolenia  | Liczba osób objęta usługą koordynacji  |
| 1.1. |  |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |  |
| 1.3. |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

Podpis Wykonawcy lub upoważnionego przedstawiciela oraz data: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.