Załącznik nr 13a do SWZ

MCPS-WZU/KBCH/351-37/2024 PN/U/S

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Imię i nazwisko trenera** |  |
| PODKRYTRIUM  1. | Wykaz przeprowadzonych w ciągu ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, 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. …………………………………………  Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie tematycznym wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 podkryterium 1 oceny ofert: ……………….. | |
| PODKRYTRIUM  2. | 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 podkryterium 2 w kryterium 2  uzyska 0 pkt. | |

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

Załącznik nr 13b do SWZ

MCPS-WZU/KBCH/351-37/2024 PN/U/S

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Imię i nazwisko trenera** |  |
| Wykaz przeprowadzonych w ciągu ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) z zakresu profilaktyki uzależnień i/lub przeciwdziałania przemocy domowej (dawna nazwa: 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. …………………………………………  Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie tematycznym wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: ……………….. | |

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

Załącznik nr 13c do SWZ

MCPS-WZU/KBCH/351-37/2024 PN/U/S

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych w ciągu ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) z zakresu tematyki dotyczącej 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. …………………………………………  Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie tematycznym wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: ……………….. | |

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

Załącznik nr 13d do SWZ

MCPS-WZU/KBCH/351-37/2024 PN/U/S

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych w ciągu ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) z zakresu przeciwdziałania 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. …………………………………………  Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej) w zakresie tematycznym wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: ……………….. | |
|  | Wykaz faktycznie zrealizowanych szkoleń adresowanych do służb mundurowych (minimum 2) w okresie ostatnich trzech lat, licząc od terminu składania ofert:  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): ………… * nazwa odbiorcy:   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): ………… * nazwa odbiorcy: | |

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