Załącznik Nr 3 do Zapytania Ofertowego

ZZP.262.12.2025.MD

**Wykaz na potwierdzenie doświadczenia trenera i koordynatora**

Usługa przeprowadzenia jednodniowego szkolenia online z zakresu: „***Cyberbezpieczeństwo w urzędzie – jak się uchronić przed zagrożeniami w sieci, zbiór zasad w codziennych zadaniach i obowiązkach”***, dla pracowników WUP w Warszawie, w tym dla pracowników zaangażowanych we wdrażanie FEM 2021-2027, w podziale na 6 grup szkoleniowych.

**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 kwalifikacji i doświadczeniu trenera/ trenerów**

Doświadczenie trenerskie – Na spełnienie warunku udziału w postępowaniu Wykonawca zapewni odpowiednio wykwalifikowanego trenera/trenerów spełniającego/spełniających poniższe warunki:

a) Posiada wykształcenie wyższe.

b) Przeprowadził min. 200 godzin szkoleń z zakresu ***„Cyberbezpieczeństwo ”.***

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. |  |  |  |  |
| ….. |  |  |  |  |

Informacja o doświadczeniu 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, w tym kwestie organizacyjne i obsługę grup szkoleniowych, która w okresie ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert obsługiwała przynajmniej 3 usługi dotyczące realizacji szkoleń każdorazowo dla grupy liczącej co najmniej 50 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.