**Znak sprawy: MCPS.PU/KK/4300-7/2019 Załącznik nr 8a do IWZ**

**.........................................**

**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)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodziniei profilaktyki uzależnień:1 . Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

3. ………………………………………………..…Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie tematycznym - przeciwdziałania przemocy w rodzinie i profilaktyki uzależnień - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: … |

****

**Znak sprawy: MCPS.PU/KK/4300-7/2019**

**Załącznik nr 8b do IWZ**

**.................................................**

**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 szkoleń w zakresie pracy w świetlicy socjoterapeutycznejlub świetlicy środowiskowej:1.Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

2.Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

3. …………………..Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń - w zakresie pracy w świetlicy socjoterapeutycznej lub świetlicy środowiskowej - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: … |

****

**Znak sprawy: MCPS.PU/KK/4300-72019 Załącznik nr 8c do IWZ**

**........................................................**

**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 szkoleń w zakresie dialogu motywującego:1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

2.Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

3. …………………………………………………………………..Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie tematycznym - dialogu motywującego- wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: … |
| 2. | Certyfikat Terapeuty MotywującegoPolskiego Towarzystwa Terapii Motywującej (PTTM)Trener posiada\* / Trener nie posiada\* |

\*Niewłaściwe skreślić. Do oferty należy dołączyć certyfikat. W przypadku niedołączenia do oferty certyfikatu Zamawiający uzna,
że wskazana osoba nie posiada Certyfikatu Terapeuty Motywującego PTTM, to Wykonawca w podkryterium 2 w kryterium 2
uzyska 0 pkt.

****

**Znak sprawy: MCPS.PU/KK/4300-7/2019 Załącznik nr 8d do IWZ**

**.........................................................**

**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 szkoleń w zakresie mechanizmu stresu i wypalenia zawodowego:1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

2.Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

3.……………………………………………………………………………………………………………..Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie tematycznym - mechanizmu stresu i wypalenia zawodowego - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: … |

****

**Znak sprawy: MCPS.PU/KK/4300-7/2019 Załącznik nr 8e do IWZ**

**.........................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium**

**„Doświadczenie kadry trenerskiej”**

**dla piątej części zamówienia**

**(wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie: 1 . Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

3.…………………………………………….Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie tematycznym - przeciwdziałania przemocy w rodzinie - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: … |

****

**Znak sprawy: MCPS.PU/KK/4300-7/2019 Załącznik nr 8f do IWZ**

**.........................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium**

**„Doświadczenie kadry trenerskiej”**

**dla szóstej części zamówienia**

**(wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń w zakresie profilaktyki uzależnień:1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

3……………………………………………………….Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie tematycznym – profilaktyki uzależnień - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: … |

**Znak sprawy: MCPS.PU/KK/4300-7/2019 Załącznik nr 8g do IWZ**

**........................................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium**

**„Doświadczenie kadry trenerskiej”**

**dla siódmej części zamówienia**

**(wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1**.** | **Imię i nazwisko trenera** |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń w zakresie działalności GKRPA:1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

3. ………………………………………………………………………………………….Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie tematycznym – działalności GKRPA - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: … |

****

**Znak sprawy: MCPS.PU/KK/4300-7/2019 Załącznik nr 8h do IWZ**

**........................................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium**

**„Doświadczenie kadry trenerskiej”**

**dla ósmej części zamówienia**

**(wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Wykaz przeprowadzonych szkoleń w zakresie pomocy dzieciom z FAS/FASD:1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

3………………………………………………………………………..Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie tematycznym – pomocy dzieciom z FAS/FASD - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: …….… |

****