**MCPS.PU/AZ/4310-3/2019 Załącznik nr 8 do IWZ**

|  |
| --- |
| Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy |

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

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

**„Doświadczenie kadry trenerskiej”)**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| **Wykaz przeprowadzonych szkoleń w zakresie profilaktyki uzależnień chemicznych i behawioralnych:**   1. Nazwa zleceniodawcy/ organizatora szkolenia: …….  * Temat szkolenia: ……… * Liczba godzin szkoleniowych: …….. * Termin szkolenia: ………..  1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora: ……..  * Temat szkolenia: ………… * Liczba godzin szkoleniowych: ……… * Termin szkolenia: ………  1. …………   **Łączna liczba godzin dydaktycznych przeprowadzonych szkoleń w okresie ostatnich 3 lat z zakresu: profilaktyki uzależnień chemicznych i behawioralnych - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium oceny ofert nr 2: ……………** | |

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