**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 Motywującego Polskiego 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: …….… |

****