PF.261.11.2022.LK Załącznik nr 4 do SWZ

..............................................................................

Oznaczenie wykonawcy/

wykonawców występujących wspólnie

**KRYTERIUM DOŚWIADCZENIE TRENERA**

**Dotyczy ………**(wpisać nr części) **Części zamówienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko trenera** | **Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana**  (nazwa, adres, numer telefonu, data wykonania usługi) | **Liczba godzin zegarowych** |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |

**Równocześnie oświadczam, że** *jestem świadom/świadoma odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń*.

**UWAGA!** W niniejszym załączniku nie należy umieszczać doświadczenia w przeprowadzaniu 300 godzin zegarowych usług szkoleniowych/ doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych w zakresie deinstytucjonalizacji, których odbiorcami były instytucje pomocy i integracji społecznej oraz/lub jednostki samorządu terytorialnego i/lub jednostki ochrony zdrowia w okresie ostatnich 5 lat wykazanych  jako potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu, bowiem nie będą one brane do oceny w niniejszym kryterium oceny ofert.

………………………………… ………………………………………………………

Data i miejscowość (*podpis osoby uprawnionej do reprezentowania*

*Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie*)