*Załącznik nr 6 do SWZ –*

wzór wykazu Doświadczenie zawodowe i kwalifikacje osób

skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia

Nr postępowania ODN.ZP.321.12.2022

1. **PRZEPROWADZENIE DOSKONALENIA ZAWODOWEGO:**

**„Organizacja konferencji wraz z noclegiem oraz usługą szkoleniową z zakresu doskonalenia kompetencji i umiejętności nauczycieli w zakresie wdrażania Edukacji Morskiej**

**w placówkach oświatowych województwa pomorskiego”**

**formularz do kryterium oceny ofert**

**„Doświadczenie zawodowe i kwalifikacje osób skierowanych   
przez wykonawcę do realizacji zamówienia”**

Oświadczam (y), że niżej wymienione osoby, które skieruje do realizacji zamówienia posiadają następujące kwalifikacje i doświadczenie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko**  **osób skierowanych do realizacji zamówienia**  **(5 ekspertów)** | **Informacja na temat doświadczenia**  Aby wykonawca uzyskał punkty w kryterium **Doświadczenie zawodowe osób skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia”,** musi jednoznacznie wskazać wszystkie dane wymagane w poniższych kolumnach | | | |
|  |  | **Temat szkolenia**  (związany z tematyką zamówienia) | **Termin realizacji szkolenia**  Od dnia … do dnia…  (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem składania ofert) | **Odbiorca szkolenia/ dla kogo realizowano szkolenie**  Wymagane jest przeprowadzenie szkolenia dla osób dorosłych, dla  grupy min. 15 osób)) | **Organizator /Zamawiający** |
|  |  |  |  |
| **Temat publikacji lub *innych efektów działalności związanej z tematyką zamówienia*** | | **Data publikacji lub termin realizacji** (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem składania ofert) | |
|  | |  |  |
|  | |  |

*Podpisuje kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym lub podpisem zaufanym*

*wykonawca lub osoba upoważniona*

Program formy doskonalenia

**Organizacja konferencji wraz z noclegiem oraz usługą szkoleniową   
z zakresu doskonalenia kompetencji i umiejętności nauczycieli w zakresie wdrażania Edukacji Morskiej w placówkach oświatowych województwa pomorskiego**

*(tytuł)*

Autor programu: ……………………….……………….……..…..…..………………………

Liczba godzin dydaktycznych: ………………………………………………………..………

Termin realizacji: ………………………………………………………………………….….

Miejsce realizacji: ………………………………………………………….………………….

Cele ogólne:

Treści ( szczegółowo):

Metody i formy realizacji:

Przewidywane osiągnięcia uczestników:

Efekty szkolenia:

a) twarde:

b) miękkie:

Warunki zaliczenia :

Spis zalecanej literatury: