**Załącznik nr 11 - wykaz: „Informacje do oceny oferty – kryterium – doświadczenie”** w zakresie kryterium oceny ofert

|  |
| --- |
| **Wykaz doświadczenia**  |
|  | **Psycholog** |
| **Imię i nazwisko psychologa**  |  |
| zadeklarowane doświadczenie  | (należy zaznaczyć X)□ Do 2 lat – 0 pkt□ Od 3 do 4 lat - 10 pkt□ 5 lat i powyżej - 20 pkt□ doświadczenie w prowadzeniu szkoleń dla grupy pracowników administracji rządowej lub samorządowej – 5 pkt |
| Opis doświadczeniaNależy dokładnie wskazać daty, nazwy szkoleń oraz podać na czyją rzecz były realizowane związanych z przedmiotem postepowania poza minimum wskazane jako warunek udziału w postepowaniu  | 1. od …..…./…........... do …..…./…........ *(miesiąc / rok)*

 *nazwa i odbiorca szkolenia ………………………………*1. *od …..…./…........... do …..…./…........ (miesiąc / rok)*

 *nazwa i odbiorca szkolenia ………………………………*1. *od …..…./…........... do …..…./…........ (miesiąc / rok)*

 *nazwa i odbiorca szkolenia ………………………………*1. *od …..…./…........... do …..…./…........ (miesiąc / rok)*

 *nazwa i odbiorca szkolenia ………………………………*1. *od …..…./…........... do …..…./…........ (miesiąc / rok)*

 *nazwa i odbiorca szkolenia ………………………………*1. *………*
 |
|  | **Fizjoterapeuta** |
| **Imię i nazwisko fizjoterapeuty** |  |
| zadeklarowane doświadczenie | (należy zaznaczyć X)□ do 2 lat – 0 pkt□ od 3-4 lat – 7 pkt□ 5 lat i powyżej – 15 pkt |
| Opis doświadczeniaNależy dokładnie wskazać lata i opis doświadczenia w zawodzie poza minimum wskazane jako warunek udziału w postepowaniu | 1. od …..…./…............... do …..…./….............. *(miesiąc / rok)*

*opis doświadczenia……………*1. *od …..…./…............... do …..…./….............. (miesiąc / rok)*

*opis doświadczenia…………*1. *od …..…./…............... do …..…./….............. (miesiąc / rok)*

*opis doświadczenia………*1. *od …..…./…............... do …..…./….............. (miesiąc / rok)*

*opis doświadczenia*  |

|  |
| --- |
|  |

Miejscowość: .............................................., dnia .............................. r.

 ………………….......................................................................

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny*

*lub podpis zaufany lub podpis osobisty*