## Zestawienie składające się ze znaku Funduszy Europejskich z napisem Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego, flagi Rzeczpospolitej Polskiej, znaku Unii Europejskiej z napisem finansowane przez Unię Europejską.

## *Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej aleja IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce telefon 41 395 12 42 fax 41 395 16 79 e-mail sekretariat.ROPS@sejmik.kielce.pl*

## *Załącznik nr 8 do Zaproszenia do złożenia oferty*

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

 nazwa i adres wykonawcy

**WYKAZ OSÓB NA KRYTERIUM OCENY OFERT „DODATKOWE DOŚWIADCZENIE TRENERA”**

które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko trenera/wykładowcy:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis doświadczenia i kwalifikacji zawodowych (zgodnie z rozdz. X pkt 6b zaproszenia do złożenia oferty)**Dodatkowe doświadczenie trenera polegające na przeprowadzeniu dodatkowych szkoleń ponad wymagane minimum ( t.j 3) dla instytucji pomocy i integracji społecznej lub jednostek samorządu terytorialnego z obszaru pomocy i integracji społecznej w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od daty upływu terminu składania ofert. | **Data wykonania**(DD/MM/RRRR) | **Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana**(nazwa, adres, numer telefonu) |
| 1. | Nazwa szkolenia/warsztatu nr 1 (tytuł/tematyka): …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... |  |  |
| 2. | Nazwa szkolenia/warsztatu nr 2 (tytuł/tematyka): …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| 3. | Nazwa szkolenia/warsztatu nr 3 (tytuł/tematyka): …………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |  |  |
| 4. | Nazwa szkolenia/warsztatu nr 4 (tytuł/tematyka): …………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |  |  |

…………………………………….. ………………………………………..

 Miejscowość, data Podpis/y Wykonawcy/osoby/osób upoważnionej/ych

 do reprezentowania Wykonawcy