|  |
| --- |
| **WYKAZ KADRY**  **ZAPYTANIE OFERTOWE**  **10/WLAW/2025**  **Usługi Trenera**  **w związku z realizacją zadania publicznego:**  **„Wielkopolski Lider Akademii Wsparcia”** |

**Wykonawca:**

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

Dotyczy części nr 1:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji przedmiotu Zamówienia | |  | | | | |
| Wykształcenie | |  | | | | |
| Doświadczenie | | Min. 3-letnie doświadczenie w szkoleniu osób dorosłych lub w tworzeniu/ wdrażaniu standardów, procedur lub regulaminów dla placówek opieki nad dzieckiem do lat 3 lub dla podmiotów / instytucji publicznych. | | | | Tak/Nie\* |
| Osoba skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia przeszkoliła minimum 100 osób po 28.04.2022 r. | | | | Tak/Nie\* |
| Zakres wykonywanych czynności w ramach zamówienia | | Zgodnie z zakresem przedmiotu zamówienia. | | | | |
| Informacja o podstawie dysponowania osobą | |  | | | | |
| Wykaz doświadczenia : | | | | | | |
| Lp. | Odbiorca usługi  (nazwa, adres) nazwa usługi | | Rodzaj wykonywanych zadań | Okres realizacji (rozpoczęcie i zakończenie) (dd/mm/rrrr- dd/mm/rrrr) | Inne informacje, w tym liczba osób dla usług potwierdzających warunek przeszkolenia min. 100 osób po 28.04.2022 r. | |
| 1 |  | |  |  |  | |
| 2 |  | |  |  |  | |
| 3 |  | |  |  |  | |

\*Niewłaściwe skreślić.

Dotyczy części nr 2:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji przedmiotu Zamówienia | |  | | | | |
| Wykształcenie | |  | | | | |
| Doświadczenie | | Min. 3-letnie doświadczenie w szkoleniu osób dorosłych lub w tworzeniu/ wdrażaniu standardów, procedur lub regulaminów dla placówek opieki nad dzieckiem do lat 3 lub dla podmiotów / instytucji publicznych. | | | | Tak/Nie\* |
| Osoba skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia przeszkoliła minimum 100 osób po 28.04.2022 r. | | | | Tak/Nie\* |
| Zakres wykonywanych czynności w ramach zamówienia | | Zgodnie z zakresem przedmiotu zamówienia. | | | | |
| Informacja o podstawie dysponowania osobą | |  | | | | |
| Wykaz doświadczenia : | | | | | | |
| Lp. | Odbiorca usługi  (nazwa, adres) nazwa usługi | | Rodzaj wykonywanych zadań | Okres realizacji (rozpoczęcie i zakończenie) (dd/mm/rrrr- dd/mm/rrrr) | Inne informacje, w tym liczba osób dla usług potwierdzających warunek przeszkolenia min. 100 osób po 28.04.2022 r. | |
| 1 |  | |  |  |  | |
| 2 |  | |  |  |  | |
| 3 |  | |  |  |  | |

\*Niewłaściwe skreślić.

Dotyczy części nr 3:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji przedmiotu Zamówienia | |  | | | | |
| Wykształcenie | |  | | | | |
| Doświadczenie | | Min. 3-letnie doświadczenie w szkoleniu osób dorosłych lub w tworzeniu/ wdrażaniu standardów, procedur lub regulaminów dla placówek opieki nad dzieckiem do lat 3 lub dla podmiotów / instytucji publicznych. | | | | Tak/Nie\* |
| Osoba skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia przeszkoliła minimum 100 osób po 28.04.2022 r. | | | | Tak/Nie\* |
| Zakres wykonywanych czynności w ramach zamówienia | | Zgodnie z zakresem przedmiotu zamówienia. | | | | |
| Informacja o podstawie dysponowania osobą | |  | | | | |
| Wykaz doświadczenia : | | | | | | |
| Lp. | Odbiorca usługi  (nazwa, adres) nazwa usługi | | Rodzaj wykonywanych zadań | Okres realizacji (rozpoczęcie i zakończenie) (dd/mm/rrrr- dd/mm/rrrr) | Inne informacje, w tym liczba osób dla usług potwierdzających warunek przeszkolenia min. 100 osób po 28.04.2022 r. | |
| 1 |  | |  |  |  | |
| 2 |  | |  |  |  | |
| 3 |  | |  |  |  | |

\*Niewłaściwe skreślić.

Dotyczy części nr 4:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji przedmiotu Zamówienia | |  | | | | |
| Wykształcenie | |  | | | | |
| Doświadczenie | | Min. 3-letnie doświadczenie w szkoleniu osób dorosłych lub w tworzeniu/ wdrażaniu standardów, procedur lub regulaminów dla placówek opieki nad dzieckiem do lat 3 lub dla podmiotów / instytucji publicznych. | | | | Tak/Nie\* |
| Osoba skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia przeszkoliła minimum 100 osób po 28.04.2022 r. | | | | Tak/Nie\* |
| Zakres wykonywanych czynności w ramach zamówienia | | Zgodnie z zakresem przedmiotu zamówienia. | | | | |
| Informacja o podstawie dysponowania osobą | |  | | | | |
| Wykaz doświadczenia : | | | | | | |
| Lp. | Odbiorca usługi  (nazwa, adres) nazwa usługi | | Rodzaj wykonywanych zadań | Okres realizacji (rozpoczęcie i zakończenie) (dd/mm/rrrr- dd/mm/rrrr) | Inne informacje, w tym liczba osób dla usług potwierdzających warunek przeszkolenia min. 100 osób po 28.04.2022 r. | |
| 1 |  | |  |  |  | |
| 2 |  | |  |  |  | |
| 3 |  | |  |  |  | |

\*Niewłaściwe skreślić.

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

(miejsce, data)

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

(podpis przedstawiciela upoważnionego do reprezentacji Wykonawcy)