Zał. nr 4a do SWZ

ZP.272.1.44.2025

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

nazwa i adres wykonawcy

**Wykaz szkoleń przeprowadzonych przez wskazanego trenera w części I zamówienia**

**(Informacje służące do oceny oferty w kryterium - Doświadczenie trenera)**

Wskazany trener (osoba prowadząca szkolenie) przeprowadził dodatkowo, następujące szkolenia odpowiadające tematyce będącej przedmiotem zamówienia tj. z zakresu bezpieczeństwa osobistego pracowników socjalnych, ponad wymagane minimum określone przez Zamawiającego (5 obowiązkowych szkoleń) w okresie 3 lat licząc wstecz od daty upływu terminu składania ofert.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko trenera** | **L.p.** | **Nazwa szkolenia** | **Data szkolenia** |
|  | **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |

…………………………………….. .

Miejscowość, data

**Opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym**