**Załącznik nr 9 do SWZ**

**DOŚWIADCZENIE TRENERA**

**potwierdzające okoliczności, o których mowa w rozdziale V ust. 1 pkt 4 ppkt b) SWZ**

**w postępowaniu pn.** **Kompleksowa organizacja i przeprowadzenie dwóch 3-dniowych szkoleń, każde dla 20 osób, w ramach projektu pn. „Efekt synergii – koordynacja lubuskiego włączenia społecznego”**

**Znak sprawy nr** **ROPS.V.5.43.2024.IS**

Nazwa Wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

\*doświadczenie trenera nabyte w ciągu ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja w realizacji zamówienia** | **Doświadczenie zgodnie z wymaganiami w Rozdziale V ust. 1 pkt 4** **ppkt b 1) SWZ** | **Data wykonania****(od-do)** | **Liczba godzin** | **Liczba uczestników szkolenia ( min.10)** | **Sposób do dysponowania** |
|  |  | ***Trener*** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łącznie ilość godzin wykonanych szkoleń …………………………………………………………….h** |
|  | **Imię i nazwisko** | **Funkcja w realizacji zamówienia** | **Doświadczenie zgodnie z wymaganiami w Rozdziale V ust. 1 pkt 4** **ppkt b 2) SWZ** | **Data wykonania****(od-do)** | **Liczba godzin** | **Liczba uczestników szkolenia ( min.10)** | **Sposób do dysponowania** |
|  |  | **Trener** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łącznie ilość godzin wykonanych szkoleń …………………………………………………………….h** |

***elektroniczny podpis osoby/ osób uprawnionych***

***do wystąpienia w imieniu Wykonawcy***