

Załącznik nr 5A do Zapytania cenowego

**Wykaz osób do realizacji zamówienia na potwierdzenie spełnienia warunków udziału
w postępowaniu**

1. **ZAMAWIAJĄCY:**

**Miasto Łódź – Centrum Administracyjne Pieczy Zastępczej**

**ul. Małachowskiego 74**

**90-159 Łódź**

1. **Niniejsza oferta zostaje złożona przez:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Nazwa Wykonawcy** | **Adres(y) Wykonawcy (ów)** | **NIP** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Na potrzeby zapytania cenowego na usługa polegająca na zorganizowaniu i przeprowadzeniu szkolenia trenerskiego dla pracowników Zamawiającego oraz ukraińskich i polskich specjalistów zatrudnionych na terenie Łodzi lub innych powiatów z autorskiego programu szkoleniowego dla rodzin zastępczych, rodzin zastępczych zawodowych, rodzin zastępczych zawodowych – specjalistycznych oraz rodzin zastępczych zawodowych – pełniących funkcję pogotowia rodzinnego ze środków UNICEF, oświadczamy, że w realizacji zamówienia brać będzie/będą następujący prowadzący/trenerzy:

|  |
| --- |
| **Warunki udziału w postępowaniu** |
| Lp. | Imię i nazwisko prowadzącego / trenera | Wykształcenie | Doświadczenie prowadzącego/ trenera- nazwa szkolenia, data przeprowadzenia szkolenia  | Nazwa podmiotu na rzecz którego zostały wykonane |
| **Pierwszy Trener** |
| 1. |  |  |  |  |
| **Drugi Trener** |
| 2 |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ………….………… | …………………………………………………………………….………………………….. |
| Miejscowość / Data | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy (ów). |

Załącznik nr 5B do Zapytania cenowego

**Wykaz osób do realizacji zamówienia na doświadczenia – Kryterium oceny ofert**

1. **ZAMAWIAJĄCY:**

**Miasto Łódź – Centrum Administracyjne Pieczy Zastępczej**

**ul. Małachowskiego 74**

**90-159 Łódź**

1. **Niniejsza oferta zostaje złożona przez:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Nazwa Wykonawcy** | **Adres(y) Wykonawcy (ów)** | **NIP** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Na potrzeby zapytania cenowego na usługa polegająca na zorganizowaniu i przeprowadzeniu szkolenia trenerskiego dla pracowników Zamawiającego oraz ukraińskich i polskich specjalistów zatrudnionych na terenie Łodzi lub innych powiatów z autorskiego programu szkoleniowego dla rodzin zastępczych, rodzin zastępczych zawodowych, rodzin zastępczych zawodowych – specjalistycznych oraz rodzin zastępczych zawodowych – pełniących funkcję pogotowia rodzinnego ze środków UNICEF, oświadczamy, że w realizacji zamówienia brać będzie/będą następujący prowadzący/trenerzy:

|  |
| --- |
| **Kryterium oceny ofert** |
| Lp. | Imię i nazwisko prowadzącego / trenera | Wykształcenie | Doświadczenie prowadzącego/ trenera- nazwa szkolenia, data przeprowadzenia szkolenia  | Nazwa podmiotu na rzecz którego zostały wykonane |
| **Master Trener** |
| 1. |  |  |  |  |
|  **Trener – kryterium oceny ofert** |
| 2 |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ………….………… | …………………………………………………………………….………………………….. |
| Miejscowość / Data | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy (ów). |