Załącznik nr 6 do Zapytania ofertowego

**………………………….………………….**

*(miejscowość, data)*

**WYKAZ OSÓB**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE WYKONAWCY** | |
| **Nazwa Wykonawcy** |  |
| **Adres** |  |
| **NIP/REGON** |  |
| **Nr telefonu/Nr faksu** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Osoba do kontaktu** |  |

Wykonawca musi dysponować trenerem, który posiada co najmniej:

- Wiedzę i doświadczenie w obszarze tematycznym, zgodnym z przedmiotem zamówienia, tj. min. 32 godzin udokumentowanego doświadczenia w ramach danego kursu , w okresie nie krótszym niż 24 miesiące bezpośrednio przed złożeniem oferty

- Uprawnienia pedagogiczne

- W zakresie prowadzenia Kursu TCCC- doświadczenie w służbie ratownictwa medycznego , doświadczenie bojowe

- W zakresie prowadzenia Kursu SEREA- szkolenie z technik survivalu – uprawnienie instruktor survivalowy

Oferenci posiadają uprawnienia do wykonywania usług będących przedmiotem zamówienia (wykształcenie wyższe kierunkowe lub certyfikaty/ zaświadczenia/ inne umożliwiające przeprowadzenie danego wsparcia).

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykaz osób** | |
| **Imię i Nazwisko Trenera nr 1** |  |
| Nazwa lub i/ lub numer dyplomu, certyfikatu/zaświadczenia/innego dokumentu umożliwiającego prowadzenie szkolenie |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko Trenera nr 2 (jeśli występuje)** |  |
| Nazwa lub i/ lub numer dyplomu, certyfikatu/zaświadczenia/innego dokumentu umożliwiającego prowadzenie szkolenia |  |

Składając ofertę w prowadzonym postępowaniu ofertowym na wybór wykładowcy/trenera do projektu   
pn. „Młodzi w akcji” realizowanego przez Krajowe Stowarzyszenie Wspierania Przedsiębiorczości w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, Oś priorytetowa 8. Edukacja na wszystkich etapach życia, oświadczam, że wykonałem/am następujące zadania tożsame z przedmiotem zamówienia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa szkolenia** | **Podmiot, dla którego usługę**  **zrealizowano** | **Okres**  **mm-rrrr**  [data od- data do] | **Imię i nazwisko Trenera/Szkoleniowca** | **Liczba zrealizowanych godzin szkoleniowych** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Wykonawca zobowiązany jest do wypełnienia w sposób umożliwiający jednoznaczną ocenę spełnienia ww. warunków (m.in. czas realizacji wsparcia oraz nazwa usługi bądź jej opis muszą jednoznacznie wskazywać na tożsamość lub równoważność[[1]](#footnote-1) do tematyki szkolenia, na którą składana jest oferta. W innym przypadku informacje niekompletne lub sprzeczne z wymogami kryterium oceny nie będą wliczane do punktacji).

**Potwierdzeniem wykazanych powyżej godzin stanowią referencje, świadectwa itp. wystawione przez Podmiot, u którego zrealizowano usługę.**

**Aspekty społeczne :**

Skieruję do realizacji zamówienia co najmniej 1 osobę z tzw. grupy defaworyzowej, tj. co najmniej 1 osobę należącej do kategorii osób niepełnosprawnych posiadającej aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, którego ważność nie kończy się wcześniej niż wskazany termin realizacji zamówienia.

Poniżej wskazuję dane osób:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | Nazwisko | Imię |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………. | ……………………………………………. |
| (Miejscowość, data) | *(Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)* |

1. Poprzez równoważne rozumie się usługi o zbliżonym zakresie tematycznym do usługi podstawowej. Z opisu usługi musi jednoznacznie wynikać równoważność. [↑](#footnote-ref-1)