**ZAMAWIAJĄCY Załącznik nr 4 do SWZ**

**Zespół Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego (należy złożyć wraz ofertą)**

**im. 1000-lecia Państwa Polskiego w Nakle Śląskim**

**ul. Morcinka 9, 42-620 Nakło Śląskie**

Wykonawca

………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu*

reprezentowany przez:

………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB**

**Dotyczy: *„Przeprowadzenie szkolenia pn. Diagnostyka i naprawy systemów agrotronicznych w maszynach rolniczych dla uczniów Zespołu Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego im. 1000-lecia Państwa Polskiego w Nakle Śląskim”***

**Oświadczam (-y), że dysponuję następującą osobą/mi:**

1. **Osoba / trener**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **­­­­­­­­­Imię i nazwisko:** | **DOSWIADCZENIE (zgodnie z pkt 1.4.2. Działu XVII SWZ) – warunek udziału**  **DOSWIADCZENIE (zgodnie z KRYTERIUM NR 2 Działu XIV SWZ) – kryterium oceny** | | | **Podstawa dysponowania \* (umowa o pracę,  umowa cywilno-prawna)**  \**należy wskazać odpowiednie* |
| **Wykształcenie** | **Doświadczenie** | **Nazwa szkolenia wraz z ilością godzin** |
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| **1. ………………………** | **Posiadane wykształcenie:**   * Średnie ……….\* * Wyższe ……….\*   **Z zakresu:**   * agrotroniki lub mechanizacji rolnictwa ……….\* * mechaniki i budowy maszyn ……….\* * mechatroniki ……….\* * elektrotechniki lub elektroniki ……….\* * automatyki, robotyki ……….\* * inżynierii rolniczej lub pokrewnych ……….\* * Inne ………….\* (wskazać jakie)………………..   \**należy wskazać poprzez zaznaczenie znakiem X* | 1. Posiadam minimum 12 miesięczne doświadczenie zawodowe w prowadzeniu szkoleń / kursów z zakresu podobnego (adekwatnego) do tematyki szkolenia ………\*   \**należy wskazać poprzez wskazanie odpowiedzi TAK lub NIE* | 1. Nazwa szkolenia/kursu ……….   Okres realizacji: od ……………………… do …………… (od –do w formacie: dd/mm/rrrr)  Liczba godzin: …………………….  Odbiorca/Zleceniodawca (nazwa/adres):  ……………………………………………………………..   1. Nazwa szkolenia/kursu ……….   Okres realizacji: od ……………………… do …………… (od –do w formacie: dd/mm/rrrr)  Liczba godzin: …………………….  Odbiorca/Zleceniodawca (nazwa/adres):  ……………………………………………………………..   1. Nazwa szkolenia/kursu ……….   Okres realizacji: od ……………………… do …………… (od –do w formacie: dd/mm/rrrr)  Liczba godzin: …………………….  Odbiorca/Zleceniodawca (nazwa/adres):  ……………………………………………………………..  **Łączna liczba lat** doświadczenia zawodowego w prowadzeniu szkoleń/kursów z zakresu podobnego (adekwatnego) do tematyki szkolenia wynikająca z powyższych informacji: ………… lat .  **Łączna liczba godzin** doświadczenia zawodowego w prowadzeniu szkoleń/kursów z zakresu podobnego (adekwatnego) do tematyki szkolenia, zrealizowanych wynikająca z powyższych informacji ………… godzin.  \*uzupełnić w celu potwierdzenia posiadanego doświadczenia wykazanego w kolumnie 03 |  |
| 1. Posiadam doświadczenie zawodowe w prowadzeniu szkoleń / kursów w ilości ……….. godzin\*   \*należy wskazać zgodnie z przedziałem wskazanym w punkcie SWZ Dział XIV:   * 200 godzin * od 201 do 250 * od 251 do 300 * od 301 |

UWAGA:

Wykaz należy sporządzić formie elektronicznej (w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym) lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.