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

*pełna nazwa/firma, adres*

**Dodatkowe kryteria**

Postępowanie pn. „Świadczenie usług psychologicznych w Punkcie Interwencji Kryzysowej”

|  |
| --- |
| **Inne kryteria oceny ofert** |
| **a) Doświadczenie w prowadzeniu poradnictwa psychologicznego dla osób doznających przemocy domowej lub stosujących przemoc domową;:**  **Imię i nazwisko:**  …............................................................................................................................................................  Zamawiający wymaga minimum trzyletniego doświadczenia w pracy z osobami doznającymi przemocy domowej i/lub osobami stosującymi przemoc, za które Wykonawca nie otrzymuje punktów w kryterium doświadczenie.  Zamawiający **zsumuje okres doświadczenia** wykazany przez Wykonawcę poniżej, następnie **podzieli je przez 12 miesięcy** i w ten sposób uzyskane pełne lata będzie oceniał   1. …………………………………………………………………………………….. (szczegółowy zakres usług)   data od…………… (dzień-miesiąc-rok) do ……………….. (dzień-miesiąc-rok)   1. ……………………………………………………………………………………… (szczegółowy zakres usług)   data od…………….. (dzień-miesiąc-rok) do …………….. (dzień-miesiąc-rok)   1. ……………………………………………………………………………………… (szczegółowy zakres usług)   data od……… (dzień-miesiąc-rok) do ………… (dzień-miesiąc-rok)   1. ……………………………………………………………….……………………… (szczegółowy zakres usług)   data od……… (dzień-miesiąc-rok) do ………… (dzień-miesiąc-rok)   1. ……………………………………………………………….………………………… (szczególny zakres usług)   data od……… (dzień-miesiąc-rok) do ………… (dzień-miesiąc-rok)   1. ……………………………………………………………..…………………………… (szczególny zakres usług)   Data od.…….. (dzień-miesiąc-rok) do …………. (dzień-miesiąc-rok) |

.............................. …………….......................................................

Data kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty osoby/osób

uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy