Załącznik nr 4 – Wykaz doświadczenia zawodowego osób skierowanych do realizacji zamówienia

*…………………………………….*

*(miejscowość, data)*

*…………………………………….*

*(nazwa i adres oferenta bądź imię i*

*nazwisko oraz pesel oferenta)*

**Wykaz doświadczenia zawodowego osób skierowanych do realizacji zamówienia**

**Wykaz doświadczenia nie mniej niż dwóch osób zgodnie z zapisami zapytania ofertowego\*:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………………………   (uzupełnia oferent) | | | | |
| Nazwa przeprowadzanego indywidualnego doradztwa specjalistycznego w zakresie wdrażania w zakładzie pracy rozwiązań systemowych wspierających równe traktowanie pracowników | Podmiot, dla którego usługę  zrealizowano | Okres  mm-rrrr  [ data od- data do ] | Liczba zrealizowanych godzin usługi | Tematyka przeprowadzanego indywidualnego doradztwa specjalistycznego w zakresie wdrażania w zakładzie pracy rozwiązań systemowych wspierających równe traktowanie pracowników |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Nazwa przeprowadzanego doradztwa skierowanego do osób z niepełnosprawnościami, przedsiębiorców, kobiet, osób zamieszkujących tereny wiejskie | Podmiot, dla którego usługę  zrealizowano | Okres  mm-rrrr  [ data od- data do ] | Liczba zrealizowanych godzin usługi | Tematyka przeprowadzonego doradztwa skierowanego do osób z niepełnosprawnościami, przedsiębiorców, kobiet, osób zamieszkujących tereny wiejskie |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1. Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………………………   (uzupełnia oferent) | | | | |
| Nazwa przeprowadzanego indywidualnego doradztwa specjalistycznego w zakresie wdrażania w zakładzie pracy rozwiązań systemowych wspierających równe traktowanie pracowników | Podmiot, dla którego usługę  zrealizowano | Okres  mm-rrrr  [ data od- data do ] | Liczba zrealizowanych godzin usługi | Tematyka przeprowadzanego indywidualnego doradztwa specjalistycznego w zakresie wdrażania w zakładzie pracy rozwiązań systemowych wspierających równe traktowanie pracowników |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Nazwa przeprowadzanego doradztwa skierowanego do osób z niepełnosprawnościami, przedsiębiorców, kobiet, osób zamieszkujących tereny wiejskie | Podmiot, dla którego usługę  zrealizowano | Okres  mm-rrrr  [ data od- data do ] | Liczba zrealizowanych godzin usługi | Tematyka przeprowadzonego doradztwa skierowanego do osób z niepełnosprawnościami, przedsiębiorców, kobiet, osób zamieszkujących tereny wiejskie |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*\*Istnieje możliwość zwiększenia liczby wierszy.*

Pouczenie:

Oferent zobowiązany jest do wypełnienia Załącznika nr 4 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. Poprzez równoważne rozumie się usługi o zbliżonym zakresie tematycznym do usługi podstawowej. Z opisu usługi musi jednoznacznie wynikać równoważność do tematyki, na którą składana jest oferta. W innym przypadku informacje niekompletne lub sprzeczne z wymogami kryterium oceny nie będą wliczane do punktacji).

**Oświadczenie:**

Oświadczam, że wykazane osoby nie są pracownikami/ wolontariuszami zamawiającego – Partnera 1 w projekcie i/lub Lidera w projekcie i/lub Partnera 2 w projekcie tj. nie są przez zamawiającego - Partnera 1 w projekcie i/lub Lidera w projekcie i/lub Partnera 2 w projekcie zatrudnieni na podstawie stosunku pracy/wolontariatu.

……………………………………………………

Data i podpis oferenta