PCPR/261/1/2025

Załącznik do oferty cenowej \_ Dodatkowe kryteria

Projekt „Razem dla aktywności” realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, priorytet 6 Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, działanie 6.26 integracja osób w szczególnie trudnej sytuacji życiowej, typ projektu A-działania mające na celu integrację osób w szczególnej sytuacji realizowane przez gminy i powiaty.

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

*pełna nazwa/firma, adres*

**Dodatkowe kryteria : Zadanie 1/ Zadanie 2/ Zadanie 1 i 2 \***

**(niewłaściwe skreślić)**

Postępowanie pn. **„Przeprowadzenie diagnoz psychologicznych w celu zidentyfikowania indywidualnych potrzeb Uczestników Projektu „Razem dla aktywności”**

**Niniejszy załącznik należy złożyć razem z ofertą cenową.**

*W przypadku składania oferty przez Wykonawców występujących wspólnie wyżej wymieniony warunek mogą spełniać łącznie.*

*Jeżeli Wykonawca składa ofertę na oba zadania (Zadanie 1 i Zadanie 2) – Zamawiający dopuszcza wykazanie jednej osoby, którą Wykonawca będzie dysponował w celu realizacji zadania.*

**Inne kryteria oceny ofert**

**Imię i nazwisko:**

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

*(imię i nazwisko musi być zgodne podanym w formularzu „Wykaz osób”, składanym po ocenie ofert na wezwanie Zamawiającego. Przy braku zgodności Zamawiający przyjmie wiążące rozstrzygnięcia podjęte w treści oferty złożonej w terminie składania ofert).*

**Oświadczam, że ww. osoba wykazana do przeprowadzenia diagnoz, która będzie realizowała Zadanie 1 / Zadanie 2 lub oba Zadania\* (niewłaściwe skreślić):**

**a) posiada doświadczenie w prowadzeniu poradnictwa psychologicznego indywidualnego lub grupowego;:**

Zamawiający **zsumuje okres doświadczenia** wykazany przez Wykonawcę poniżej, następnie **podzieli je przez 12 miesięcy** i w ten sposób uzyskane pełne lata, które będzie oceniał.

1. od…………… (dzień-miesiąc-rok) do ……………….. (dzień-miesiąc-rok), doświadczenie zdobyte jako

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

(szczegółowy zakres usług)

1. od…………….. (dzień-miesiąc-rok) do …………….. (dzień-miesiąc-rok), doświadczenie zdobyte jako

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

(szczegółowy zakres usług)

1. od…………….. (dzień-miesiąc-rok) do …………….. (dzień-miesiąc-rok), doświadczenie zdobyte jako

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

(szczegółowy zakres usług)

1. od…………….. (dzień-miesiąc-rok) do …………….. (dzień-miesiąc-rok), doświadczenie zdobyte jako

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

(szczegółowy zakres usług)

1. od…………….. (dzień-miesiąc-rok) do …………….. (dzień-miesiąc-rok), doświadczenie zdobyte jako

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

(szczegółowy zakres usług)

1. od…………….. (dzień-miesiąc-rok) do …………….. (dzień-miesiąc-rok), doświadczenie zdobyte jako

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

(szczegółowy zakres usług)

1. od…………….. (dzień-miesiąc-rok) do …………….. (dzień-miesiąc-rok), doświadczenie zdobyte jako

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

(szczegółowy zakres usług)

**b) w 2023 r. lub/ i w 2024 r. brał udział w poniższych szkoleniach:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa/ temat szkolenia | Data udziału w szkoleniu |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**c)** **w 2023 r. lub/i w 2024 r. brał udział w superwizji:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data superwizji** | **Ilość godzin** |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

*Data*

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

kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy