**ZAŁĄCZNIK NR 4**

DO ZAMÓWIENIA

NR IBE/132/2024

**WYKAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW, O KTÓRYM MOWA W PKT. 3 OGŁOSZENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** osoby skierowanej do realizacji zamówienia | **Cześć zamówienia** do której jest skierowana osoba wskazana do realizacji zamówienia | **Podstawa do dysponowania** (rodzaj umowy) |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **….** |  |  |  |

**CZĘŚĆ I ZAMÓWIENIA**

 Do udziału w postępowaniu może przystąpić Ekspert dysponujący poniższym doświadczeniem lub Podmiot, który dysponuje Ekspertem posiadającym poniższe doświadczenie:

|  |
| --- |
| - doświadczenie w prowadzeniu szkoleń z zakresu glottodydaktyki dla nauczycieli w kontekście uchodźczym, w ciągu ostatnich 5 lat, min. 50 godzin szkoleń |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** Eksperta  | **Zlecający** (pełna nazwa, adres) | **Tytuł szkolenia, odbiorcy –** potwierdzający spełnianie warunku zamówienia | **Termin realizacji** (od-do) | **Liczba godzin** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| - autorstwo minimum 3 różnych publikacji metodycznych lub naukowych z obszaru glottodydaktyki |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko Eksperta**  | **Zlecający** (pełna nazwa, adres) | **Tytuł publikacji** | **Miejsce i data publikacji** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| … |  |  |  |

**CZĘŚĆ II ZAMÓWIENIA**

Do udziału w postępowaniu może przystąpić Zespół Ekspertów (minimum 2 osoby) dysponujący poniższym doświadczeniem lub Podmiot, który dysponuje Zespołem Ekspertów (minimum 2 osoby) posiadające poniższe doświadczenie (każdy Ekspert musi spełniać wszystkie poniższe warunki):

|  |
| --- |
| - doświadczenie w prowadzeniu szkoleń z zakresu glottodydaktyki dla nauczycieli w kontekście uchodźczym, w ciągu ostatnich 5 lat, min. 50 godzin szkoleń |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** Eksperta  | **Zlecający** (pełna nazwa, adres) | **Tytuł szkolenia, odbiorcy –** potwierdzający spełnianie warunku zamówienia | **Termin realizacji** (od-do) | **Liczba godzin** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| - autorstwo minimum 3 różnych publikacji metodycznych lub naukowych z obszaru glottodydaktyki |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko Eksperta**  | **Zlecający** (pełna nazwa, adres) | **Tytuł publikacji** | **Miejsce i data publikacji** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ III ZAMÓWIENIA**

Do udziału w postępowaniu może przystąpić Zespół Ekspertów (minimum 2 osoby) dysponujący poniższym doświadczeniem lub Podmiot, który dysponuje Zespołem Ekspertów (minimum 2 osoby) posiadające poniższe doświadczenie (każdy Ekspert musi spełniać wszystkie poniższe warunki):

|  |
| --- |
| - doświadczenie w prowadzeniu szkoleń z zakresu glottodydaktyki dla nauczycieli w kontekście uchodźczym, w ciągu ostatnich 5 lat, min. 50 godzin szkoleń |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** Eksperta  | **Zlecający** (pełna nazwa, adres) | **Tytuł szkolenia, odbiorcy –** potwierdzający spełnianie warunku zamówienia | **Termin realizacji** (od-do) | **Liczba godzin** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| - autorstwo minimum 3 różnych publikacji metodycznych lub naukowych z obszaru glottodydaktyki |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko Eksperta**  | **Zlecający** (pełna nazwa, adres) | **Tytuł publikacji** | **Miejsce i data publikacji** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ IV ZAMÓWIENIA**

Do udziału w postępowaniu może przystąpić Zespół Ekspertów (minimum 2 osoby) dysponujący poniższym doświadczeniem lub Podmiot, który dysponuje Zespołem Ekspertów (minimum 2 osoby) posiadających poniższe doświadczenie (każdy Ekspert musi spełniać wszystkie poniższe warunki) :

|  |
| --- |
| - doświadczenie w prowadzeniu szkoleń z zakresu glottodydaktyki dla nauczycieli w kontekście uchodźczym, w ciągu ostatnich 5 lat, min. 50 godzin szkoleń |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** Eksperta  | **Zlecający** (pełna nazwa, adres) | **Tytuł szkolenia, odbiorcy –** potwierdzający spełnianie warunku zamówienia | **Termin realizacji** (od-do) | **Liczba godzin** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| - autorstwo minimum 3 różnych publikacji metodycznych lub naukowych z obszaru glottodydaktyki |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko Eksperta**  | **Zlecający** (pełna nazwa, adres) | **Tytuł publikacji** | **Miejsce i data publikacji** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**.......................................................................................** *(miejscowość, data)*

 **........................................................................**

 *(imię, nazwisko, stanowisko, pieczątka firmowa, podpis osoby lub osób*

*uprawnionych* *do reprezentowania Wykonawcy, który wykonał podane usługi)*