|  |
| --- |
| **Informacja o trenerze dedykowanym do szkolenia**  |
| **Nazwa zamówienia**  | Organizacja i przeprowadzenie 3 dwudniowych sesji szkolenia zamkniętego dla pracowników MAP *pt*. ***Analiza finansowa przedsiębiorstwa*** |
| **Wykonawca**  |  |

**Potwierdzenie spełniania warunków opisanych w pkt 7 ppkt 5 zapytania ofertowego**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko trenera  |  |
| a) co najmniej 5-letnie doświadczenie w prowadzeniu szkoleń z zakresu analizy finansowej przedsiębiorstwa  | Oświadczam, że posiadam …………..-letnie doświadczenie w pracy trenerskiej/szkoleniowej |
| b) przeprowadził w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert co najmniej 5 szkoleń z zakresu analizy finansowej przedsiębiorstwa. Każde ze szkoleń zostało przeprowadzone dla innego odbiorcy.  | **L.p.** | **Tytuł szkolenia** | **Termin szkolenia** | **Odbiorca szkolenia** |
| **od***(dd-mm-rrrr)* | **do***(dd-mm-rrrr)* |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

***UWAGA***

*Przy ocenie spełniania warunku udziału w zamówieniu pod uwagę będą brane tylko prawidłowo opisane szkolenia. W przypadku braku wypełnienia pozycji dotyczącej doświadczenia trenera, nie podania danych lub błędu, który uniemożliwi dokonanie spełniania warunków przez trenera Zamawiający zastrzega możliwość odrzucenia oferty.*

**Kwalifikacje trenera do prowadzenia szkolenia z zakresu analizy finansowej przedsiębiorstwa**

|  |  |
| --- | --- |
| Posiadanie stopnia naukowego lub tytułu profesora w dyscyplinie ekonomia i finanse | **Tak/Nie\*** |
| Posiadanie uprawnień biegłego rewidenta **W przypadku zaznaczenia „TAK” należy podać numer biegłego rewidenta** | **Tak/Nie\***numer biegłego rewidenta …………………  |
| Posiadanie kwalifikacji ACCA *(*Association of Chartered Certified Accountants) lub CIMA (The Chartered Institute of Management Accountants)**Posiadanie kwalifikacji należy udokumentować kopią certyfikatu** | **Tak/Nie\*** |

**\*** niepotrzebne skreślić

…………………….…………………………………….

data, podpis trenera

…………………….…………………………………….

data, podpis osoby uprawnionej/ osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy