**załącznik nr 10 do SWZ**

**MCPS-WZK/CM/351-18/2024 TP/U**

**Dotyczy postępowania pn.: „Przeprowadzenie badania ewaluacyjnego na temat wsparcia rozwoju ekonomii społecznej na Mazowszu przez mazowieckie Ośrodki Wsparcia Ekonomii Społecznej (OWES)”.**

DOŚWIADCZENIE KIEROWNIKA/KOORDYNATORA ZESPOŁU BADAWCZEGO – DOTYCZY KRYTERIUM  
NR 2

ZAŁĄCZNIK SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ

**Kierownik/koordynator zespołu badawczego:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja pełniona podczas realizacji zamówienia** | **Informacje niezbędne do oceny oferty w zakresie kryterium nr 2 „Doświadczenie kierownika/koordynatora zespołu badawczego”** |
| ***1.*** | ***2.*** | ***3.*** | ***4.*** |
| **1.** | ……………………… | Kierownik/koordynator zespołu badawczego | Osoba ta w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert kierowała/koordynowała realizacją badań ponad wymagane na spełnienie warunku udziału w postępowaniu określonego w §10 ust. 1 pkt 4 lit. b) tiret 1:  🞎\* 1-2 badania ponad wymagane na spełnienie warunku udziału w postępowaniu określonego w §10 ust. 1 pkt 4 lit. b) tiret 1;  🞎\* 3 i więcej badań ponad wymagane na spełnienie warunku udziału w postępowaniu określonego w §10 ust. 1 pkt 4 lit. b) tiret 1;  \*ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE  Badanie 1:  Badanie ewaluacyjne/badanie społeczne:  Osoba ta kierowała/koordynowała realizacją badania ewaluacyjnego/społecznego w okresie od ……………. do ……………….  (podać okres w przedziale od dd-mm-rr do dd-mm-rr)  Krótki opis badania: …………………………………………………….  Podmiot na rzecz którego realizowane było badanie (usługa)…………………..  Badanie 2:  Badanie ewaluacyjne/badanie społeczne:  Osoba ta kierowała/koordynowała realizacją badania ewaluacyjnego/społecznego w okresie od ……………. do ……………….  (podać okres w przedziale od dd-mm-rr do dd-mm-rr)  Krótki opis badania: …………………………………………………….  Podmiot na rzecz którego realizowane było badanie (usługa)…………………..  Badanie 3:  Badanie ewaluacyjne/badanie społeczne:  Osoba ta kierowała/koordynowała realizacją badania ewaluacyjnego/społecznego w okresie od ……………. do ……………….  (podać okres w przedziale od dd-mm-rr do dd-mm-rr)  Krótki opis badania: …………………………………………………….  Podmiot na rzecz którego realizowane było badanie (usługa)…………………..  Uwaga:  Jeśli Wykonawca będzie deklarował więcej badań, informacje na ich temat przedstawić jak wyżej. |

*Podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym  
przez osobę upoważnioną / osoby upoważnione  
do reprezentowania Wykonawcy / Wykonawców*