**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 udziałuw 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 WŁAŚCIWEBadanie 1:Badanie ewaluacyjne/badanie społeczne:Osoba ta kierowała/koordynowała realizacją badania ewaluacyjnego/społecznegow 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/społecznegow 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/społecznegow 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*