

.....
(pieczęć Instytucji Szkoleniowej)

.....
(Miejscowość, data)

Program szkolenia

NAZWA SZKOLENIA: „Biomasażysta fizjo-wellness”

I. Dane instytucji szkoleniowej:

- Nazwa instytucji szkoleniowej:
- Adres instytucji szkoleniowej:
- Adres do korespondencji:
- Forma prawna:
- REGON: NIP:
- Numer wpisu do RIS:
- Imię, nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów:
- Telefon: E-mail:
- Posiadanie certyfikatu jakości usług lub akredytacji (*należy dołączyć kopię*): **TAK / NIE***

II. Informacje dotyczące szkolenia:

1. Czas trwania szkolenia:

Data rozpoczęcia szkolenia (dd/mm/rr)	
Liczba godzin ogółem	
zajęcia teoretyczne:	
zajęcia praktyczne:	

2. Szkolenie realizowane jest według planu nauczania obejmującego przeciętnie nie mniej niż 25 godzin zegarowych w tygodniu: **TAK / NIE***

Jeśli nie, proszę wskazać przepisy szczególne/wytyczne określające inny niż w/w wymiar godz.
.....

3. Wymagania wstępne dla uczestnika szkolenia (*w tym niezbędne badania*):

-
-

4. Program szkolenia został opracowany przy wykorzystaniu standardów kwalifikacji zawodowych i modułowych programów szkoleń dostępnych w bazach danych MRPiPS (www.standardyiskolenia.praca.gov.pl): **TAK / NIE***

5. Adres i szczegółowy opis wyposażenia miejsca realizacji szkolenia oraz pomocy dydaktycznych:

Dla zajęć teoretycznych	Dla zajęć praktycznych
Adres:	Adres:
Wykaz wyposażenia, środków i materiałów dydaktycznych:	
Sposób organizacji zajęć (w tym informacja na temat możliwości indywidualnych konsultacji, dodatkowe proponowane elementy, innowacyjne formy itp.):	
Przewidywane sprawdziany i egzaminy:	
Wykaz literatury:	
Materiały przekazywane uczestnikowi na własność:	

6. Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie szkolenia i uzyskane kwalifikacje (należy dołączyć wzór):

.....

7. Kalkulacja kosztów szkolenia:

Nazwa kosztu	Kwota brutto (w zł)
koszt egzaminu wewnętrznego	
koszt egzaminu państwowego jeżeli zawarto w zaproszeniu	
koszt materiałów dydaktycznych i pomocy naukowych przekazywanych uczestnikowi na własność	
koszt ubezpieczenia NNW uczestnika	
inne koszty	
koszt osobogodziny (iloraz całkowitego kosztu szkolenia i liczby godzin)	
Całkowity koszt usługi szkolenia	

8. Cele szkolenia ujęte w kategorii efektów uczenia się z uwzględnieniem wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych:

.....

.....

.....

9. Doświadczenie instytucji szkoleniowej w realizacji szkoleń z obszaru zlecanego lub powierzonego szkolenia w okresie ostatniego roku:

Lp.	Nazwa kursu	Podmiot na rzecz której realizowano szkolenie (Zleceniodawca)	Termin realizacji
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

10. Wykaz osób przewidzianych do realizacji szkolenia:

Imię i Nazwisko	Wykształcenie i kwalifikacje zawodowe związane z kierunkiem szkolenia (nazwa)	Dodatkowe szkolenia i certyfikaty tematycznie związane z kierunkiem szkolenia (nazwa)	Doświadczenie zgodne z kierunkiem szkolenia (nazwa, ilość zrealizowanych szkoleń)	Wykładowca posiada uprawnienia pedagogiczne
				TAK / NIE*
				TAK / NIE*
				TAK / NIE*
				TAK / NIE*
				TAK / NIE*

➤ Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu*.

* rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016r., str.1).

III. Oświadczenia

- **Zrealizuję szkolenie zgodnie z przedmiotem zamówienia zawartym w zaproszeniu kierowanym do instytucji szkoleniowych nr PZ-3322-6/KS/21**
- Zobowiązuję się do przekazania Zamawiającemu przed podpisaniem umowy w sprawie realizacji szkolenia harmonogramu szkolenia wypełnionego zgodnie z poniższym wzorem. Harmonogram stworzony będzie zgodnie z zapisami niniejszego programu szkolenia i stanowi jego integralną część:

HARMONOGRAM SZKOLENIA						
DATA	TEMAT ZAJĘĆ (szczegółowy opis)	WYKŁADOWCA (imię, nazwisko)	Miejsce (dokładny adres) odbywania zajęć	WYMIAR GODZIN (od - do)	liczba godzin zegarowych	TEOR. - T PRAKT. - P

Oświadczam, że dane zawarte w ofercie oraz w załącznikach dołączonych do niniejszej oferty są zgodne z prawdą. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy, że podanie nieprawdziwych danych może spowodować powstanie odpowiedzialności prawnej przewidzianej w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.

- *W załączeniu przedkładam:*
 - *plan nauczania, określający tematy zajęć edukacyjnych (program),*
 - *kopię posiadanego certyfikatu jakości usług,*
 - *kopię posiadanej akredytacji,*
 - *wzór zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji,*
 - *wzór anonimowej ankiety oceniającej szkolenie.*

.....
Miejscowość, data

.....
*Podpis osoby upoważnionej
do reprezentacji*