

**Program szkolenia**

**NAZWA SZKOLENIA: ……………………………………………………………………………….**

**I. Dane instytucji szkoleniowej:**

* Nazwa instytucji szkoleniowej:
* Adres ……………………………………………………………………………………………….
* Forma prawna:
* NIP: Numer wpisu do RIS:
* Telefon: ……………………………… E-mail: ………………………….………………………..
* Posiadanie certyfikatu jakości usług lub akredytacji *(należy dołączyć kopię)*: **TAK / NIE**\*

**II. Informacje dotyczące szkolenia:**

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

1. Czas trwania szkolenia:
2. Sposób organizacji szkolenia: …………………………………………………………………

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

-

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Dla zajęć teoretycznych** | **Dla zajęć praktycznych** |
| **Adres:** | **Adres:** |
| **Wykaz wyposażenia, środków i materiałów dydaktycznych:** |
|  |
| **Wykaz literatury:** |
|  |
| **Przewidywane sprawdziany i egzaminy:** |
|  |
| **Opis treści – kluczowe punkty szkolenia w zakresie poszczególnych zajęć edukacyjnych** |
|  |

1. Kalkulacja kosztów szkolenia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa kosztu** | **Kwota brutto (w zł)** |
| **koszt egzaminu wewnętrznego** |  |
| **koszt egzaminu państwowego TAK / NIE\*** |  |
| **koszt materiałów dydaktycznych i pomocy naukowych**  |  |
| **koszt ubezpieczenia NNW uczestnika** |  |
| **inne koszty** |  |
| **koszt osobogodziny (iloraz całkowitego kosztu szkolenia i liczby godzin)** |  |
| **Całkowity koszt usługi szkolenia** |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa kursu** | **Podmiot na rzecz którego realizowano szkolenie (Zleceniodawca)** | **Termin realizacji** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |

1. Dostosowanie kwalifikacji i doświadczenia kadry dydaktycznej do zakresu szkolenia, osoby przewidziane do realizacji**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Kwalifikacje wykładowcy/wykładowców zgodne z kierunkiem kształcenia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*.

**III. Oświadczenia**

* **Zrealizuję szkolenie zgodnie ze wskazanym przez Zamawiającego przedmiotem zamówienia (ogłoszenie PZ-3322-7/ABk/22)**
* 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),*
* *wzór zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji,*
* *wzór anonimowej ankiety oceniającej szkolenie.*
* *kopię posiadanego certyfikatu jakości usług (jeżeli dotyczy),*

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………..**Miejscowość, data* | *…………………………………………..**Podpis osoby upoważnionej* *do reprezentacji* |

1. 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). [↑](#footnote-ref-1)