…………………………………………… …………………………………………

(pieczęć Instytucji Szkoleniowej) (Miejscowość, data)

**Program szkolenia**

**NAZWA SZKOLENIA:**

„ „

**I. Dane instytucji szkoleniowej:**

* Nazwa instytucji szkoleniowej:
* Adres instytucji szkoleniowej:
* Adres do korespondencji: …………………………………………………………………………………………….……….
* Telefon/Fax:
* E-mail:
* Forma prawna:
* REGON: NIP:
* Nr rachunku bankowego: …………………………………………………………………………..…………………………
* Numer wpisu do rejestru instytucji szkoleniowych:
* Osoba/y upoważniona/e do podpisywania umowy:
* Imię, nazwisko i numer telefonu osoby upoważnionej do kontaktów:

**II. Informacje dotyczące szkolenia:**

1. Czas trwania szkolenia dla jednej osoby wynosi:

ogółem ………… godzin zegarowych,

- zajęcia teoretyczne ogółem: godzin zegarowych,

- zajęcia praktyczne ogółem: godzin zegarowych.

1. 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.

1. Data rozpoczęcia szkolenia:
2. Wymagania wstępne dla uczestnika szkolenia (*w tym badania)*:
3. Adres i **szczegółowy opis wyposażenia** dydaktycznego i pomieszczeń dostosowanych   
   do potrzeb szkolenia z uwzględnieniem bezpiecznych i higienicznych warunków realizacji szkolenia (uwzględniając jakość wykorzystywanego podczas szkolenia sprzętu i urządzeń – w tym pomocy dydaktycznych:

|  |  |
| --- | --- |
| **zajęcia teoretyczne** | **zajęcia praktyczne** |
| Adres: | Adres: |
| Opis wyposażenia: | Opis wyposażenia: |

1. Sposób organizacji zajęć praktycznych określonych w programie szkolenia:

1. Materiały przekazywane uczestnikowi na własność:

1. Program szkolenia dostosowany jest odpowiednio do identyfikowanego na rynku pracy zapotrzebowania na kwalifikacje: **TAK / NIE**\*
2. Program szkolenia jest tworzony z wykorzystaniem standardów kwalifikacji zawodowych i modułowych programów szkoleń zawodowych, dostępnych w bazach danych prowadzonych przez Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej *(*[*www.standardyiszkolenia.praca.gov.pl*](http://www.standardyiszkolenia.praca.gov.pl)*):* **TAK / NIE**\*
3. Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie szkolenia i uzyskane kwalifikacje:

1. Całkowity koszt szkolenia przypadający na jednego uczestnika: …………………. zł

w tym:

* + koszt materiałów dydaktycznych i pomocy naukowych przekazywanych uczestnikowi   
      
    na własność:
  + koszt egzaminu wewnętrznego:
  + koszt egzaminu państwowego:

Koszt osobogodziny (iloraz całkowitego kosztu szkolenia i liczby godzin):

1. Kwalifikacje kadry dydaktycznej:

Wykaz osób przewidzianych do realizacji szkolenia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Wykształcenie  i kwalifikacje zawodowe  zw. z kierunkiem szkolenia (w tym uprawnienia pedagogiczne) | Doświadczenie  zgodne z kierunkiem szkolenia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Wykaz literatury:

1. Certyfikaty jakości usług posiadane przez instytucję szkoleniową:

Instytucja szkoleniowa prowadzi analizy skuteczności i efektywności przeprowadzanych szkoleń: **TAK/NIE**\*

W jaki sposób instytucja wykazuje swoją aktywność na rynku pracy?

1. Oświadczamy, iż powierzymy podwykonawcom wykonanie następującej części zadania (jeżeli wykonawca przewiduje udział podwykonawców):

1. Szkolenie będzie przeprowadzone z wykorzystaniem metody kształcenia   
   na odległość: **TAK / NIE[[1]](#footnote-1)**
2. Doświadczenie instytucji szkoleniowej w realizacji szkoleń z obszaru zlecanego   
   lub powierzanego szkolenia w okresie ostatnich **trzech** lat:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa kursu | Instytucja na rzecz której realizowano szkolenie (Zleceniodawca) | Termin realizacji | Liczba przeszkolonych osób |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Przewidywane sprawdziany i egzaminy:  
     
    ………………………………………………………………………………………………..
2. Ramowy program szkolenia:

-

-

-

-

-

-

-

-

***III. Oświadczenia***

* ***Zrealizuję szkolenie zgodnie z przedmiotem zamówienia zawartym  
  w zaproszeniu kierowanym do instytucji szkoleniowych nr PZ-3322-19/KS/17 z dnia 20.07.2017 r.***
* ***Dysponuję zgodą*** *na przetwarzanie danych osobowych osób ujętych w wykazie kadry dydaktycznej gwarantowanej dla celów realizacji szkolenia.*
* ***Zobowiązuję się*** *do przekazania Zamawiającemu przed podpisaniem umowy w sprawie realizacji szkolenia Planu nauczania wypełnionego zgodnie z poniższym wzorem.   
  Plan stworzony będzie zgodnie z zapisami niniejszego formularza programu szkolenia   
  i stanowi jego integralną część:*

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

* *W załączeniu przedkładam:*
* *wzór zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji,*
* *wzór anonimowej ankiety oceniającej szkolenie.*

*Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego, za składanie fałszywych zeznań oświadczam, iż dane zawarte w ofercie oraz w załącznikach dołączonych do niniejszej oferty są zgodne z prawdą.*

(miejscowość, data)

podpis osoby upoważnionej

do złożenia oferty szkoleniowej

1. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)