***Załącznik nr 1***

***do zapytania ofertowego***

(pieczęć instytucji szkoleniowej)

…………….…….……, dnia ..............................

FORMULARZ OFERTY

Nazwa instytucji szkoleniowej:

…………………………………………………………………………………………........................

Adres instytucji szkoleniowej: ……………………………………………………………………………………………………........

Nr telefonu……………………………………………………………….............................................

Nr fax:………………………………………………………………………………............................

NIP:………………………………………………………………………………………….................

Regon: …………………………………………………………………………………….……..........

Nazwa banku i nr rachunku bankowego: …............................................................................................................................................................

Numer wpisu do Rejestru Instytucji Szkoleniowych we właściwym Wojewódzkim Urzędzie Pracy:

………………………………………………………………………………………….....................

**PROGRAM SZKOLENIA**

…………………………………………………………………………………………...................... (Nazwa szkolenia)

1. Zakres szkolenia:

…………………………………………………………………………………………........................

1. Czas trwania szkolenia: od …............................................. do …............................................

Liczba tygodni szkolenia: ………………

Liczba dni szkolenia: ……………………..

Liczba godzin szkolenia ogółem……………, w tym:

Ilość godzin szkolenia teoretycznego:……………………

Ilość godzin szkolenia praktycznego:……………………

1. Sposób organizacji szkolenia (ilość godzin zegarowych ogółem, w tym zajęcia teoretyczne i praktyczne): …………………………………………………………………………………………...............

…………………………………………………………………………………….......................

1. Wymagania wstępne dla uczestników (dotyczy również badań lekarskich i psychologicznych wymaganych odrębnymi przepisami):

…………………………………………………………………………………………........................

…………………………………………………………………………………………........................

………………………………………………………………………………………………………....

1. Cel szkolenia:

…………………………………………………………………………………………........................

.………………………………………………………………………………………….......................

1. Miejsce realizacji szkolenia:
2. zajęcia teoretyczne .…………………………………………………………………….

(nazwa i adres)

1. zajęcia praktyczne………………………………………………………………………

(nazwa i adres)

1. egzamin………………………………………………………………………………..

(nazwa i adres)

1. Plan nauczania określający tematy zajęć edukacyjnych oraz ich wymiar, z uwzględnieniem ich części teoretycznej i praktycznej oraz opis treści szkolenia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **TEMAT ZAJĘĆ** | **TREŚĆ SZKOLENIA** | **LICZBA GODZ. TEOR.** | **LICZBA GODZ. PRAKT.** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Wykaz literatury oraz środków i materiałów dydaktycznych:

…………………………………………………………………………………………........................

…………………………………………………………………………………………........................

1. Sposób organizacji zajęć praktycznych:

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

1. Informacja nt. wykorzystania standardów kwalifikacji zawodowych i modułowych programów szkoleń zawodowych, dostępnych w bazach danych prowadzonych przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej [www.standardyiszkolenia.praca.gov.pl](http://www.standardyiszkolenia.praca.gov.pl)

Szkolenie realizowane w oparciu o standard (zaznaczyć właściwą odpowiedź):

* TAK
* NIE

1. Wykaz kadry dydaktycznej przewidzianej do realizacji szkolenia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Wykształcenie i doświadczenie zawodowe (w latach) w zakresie odpowiadającym tematyce szkolenia | Liczba przeprowadzonych szkoleń w zakresie odpowiadającym tematyce szkolenia (w okresie ostatnich 3 lat) | Zakres wykonywanych czynności w trakcie realizacji szkolenia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Ilość wyposażonych stanowisk niezbędnych do prawidłowej realizacji szkolenia oraz wyposażenie w sprzęt i pomoce dydaktyczne, z uwzględnieniem bezpiecznych i higienicznych warunków realizacji szkolenia:

…………………………………………………………………………………………........................

…………………………………………………………………………………………........................

1. Posiadane certyfikaty jakości usług:

…………………………………………………………………………………………........................

…………………………………………………………………………………………........................

1. Sposób sprawdzania efektów szkolenia tj. przewidziane sprawdziany i egzaminy (w tym egzamin państwowy):

…………………………………………………………………………………………........................

…………………………………………………………………………………………........................

1. Nabyte kwalifikacje/rodzaj uprawnień/typ dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia:

…………………………………………………………………………………………........................

…………………………………………………………………………………………........................

1. Osoba wyznaczona do kontaktów z Powiatowym Urzędem Pracy w Nowym Dworze Gdańskim:

…………………………………………………………………………………………........................Osoba upoważniona do podpisywania umowy:

…………………………………………………………………………………………........................

…………………………

(podpis osoby upoważnionej)

***Załącznik nr 1 do formularza oferty***

**KALKULACJA KOSZTÓW**

**KOSZTY STAŁE:**

…………………………………………….............. zł.

……………………………………………………. zł.

…………………………………………… ……… zł.

…………………………………………………… zł.

**KOSZTY ZMIENNE:**

…………………………………………………… zł

………………………………………………… zł

…………………………………………………. zł

…………………………………………………. zł

Łącznie:

Koszt szkolenia grupy ………. osobowej ………. zł.

Koszt szkolenia 1 osoby ………. zł.

Koszt 1 osobogodziny szkolenia ………. zł.

…………………………

(podpis osoby upoważnionej)

**UWAGA!**

W przypadku przeprowadzania egzaminu przez instytucję szkoleniową i/lub instytucję zewnętrzną, kosztorys powinien uwzględniać koszt tego egzaminu.

***Załącznik nr 2 do formularza oferty***

**WYKAZ**

**narzędzi, wyposażenia, urządzeń technicznych dostępnych wykonawcy usługi**

1. Sale wykładowe, z których będą korzystać uczestnicy szkolenia - opis (ilość, wielkość, podstawa dysponowania (np. własne, dzierżawione, wypożyczone): …………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………
2. Liczba samodzielnych stanowisk szkoleniowych (ile szt., opis)

………………………………………………………………………………………….…………

…………………………………………………………………………………………………

1. Zaplecze socjalne i sanitarne ………………………………….…………………..………………

1. Wykorzystywany sprzęt / wyposażenie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu, maszyn, urządzeń, narzędzi, itd.** | **Ilość** | **Podstawa dysponowania (np. własny, dzierżawiony, wypożyczony)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Materiały dydaktyczne, biurowe i piśmiennicze dla uczestników szkolenia (wymienić jakie, ile szt.): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Odzież ochronna (wymienić poszczególne elementy, ile szt.)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

............................dn. ............... ...................................................................

(podpis Wykonawcy

lub osoby (osób) upoważnionych)

***Załącznik nr 3 do formularza oferty***

**HARMONOGRAM SZKOLENIA**

**UWAGA!**

1. Godziny zajęć należy podać w godzinach zegarowych (wraz z określeniem w jakich godzinach odbywają się zajęcia).
2. Tygodniowy wymiar zajęć nie może być niższy niż 25 godzin zegarowych chyba, że przepisy odrębne stanowią inaczej.
3. W przypadku szkoleń grupowych zajęcia powinny być realizowane w przedziale godzinowym od 07:00 do 17:00 (jednozmianowo).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **GODZINY ZAJĘĆ(zegarowe)** | **ZAKRES GODZINOWY (od do)** | **TEMAT ZAJĘĆ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

………………………………..

(podpis osoby upoważnionej)

***Załącznik nr 4 do formularza oferty***

**WZÓR\* ZAŚWIADCZENIA LUB INNEGO DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO UKOŃCZENIE SZKOLENIA ZAWIERAJĄCY NASTĘPUJĄCE DANE, O ILE PRZEPISY ODRĘBNE NIE STANOWIĄ INACZEJ:**

1. **Numer z rejestru**
2. **Imię i nazwisko oraz PESEL uczestnika szkolenia, a w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość**
3. **Nazwę instytucji szkoleniowej przeprowadzającej szkolenie**
4. **Formę i nazwę szkolenia**
5. **Okres trwania szkolenia**
6. **Miejsce i datę wydania zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia i uzyskanie umiejętności lub kwalifikacji**
7. **Tematy i wymiar godzin zajęć edukacyjnych**
8. **Podpis osoby upoważnionej przez instytucję szkoleniową przeprowadzającą szkolenie.**

**Podst. prawna**

**Rozporządzenie MPiPS z dnia 14 maja 2014r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 667, z późn. zm.).**

**\* Proszę dołączyć wzór**

***Załącznik nr 5 do formularza oferty***

**ANKIETA ANONIMOWA**

**DLA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W SZKOLENIU**……………………………

**ORGANIZOWANYM PRZEZ PUP W NOWYM DWORZE GDAŃSKIM**

Prosimy Pana/Panią o przeczytanie poniższych pytań i udzielenie odpowiedzi wstawiając znak **x** w odpowiednie kwadraty.

**1. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze szkolenia?**

□ tak □ częściowo □ nie

**2. Jak ocenia Pani/Pan swój poziom wiedzy przed szkoleniem?**

□ bardzo wysoko □ wysoko □ nisko

**3. Jak ocenia Pani/Pan swój poziom wiedzy po szkoleniu?**

□ bardzo wysoko □ wysoko □ nisko

**4. Jak ocenia Pan/Pani sposób prowadzenia zajęć?**

**a) teoretycznych** □ bardzo dobrze □ dobrze □ średnio □ źle □ bardzo źle

**b) praktycznych** □ bardzo dobrze □ dobrze □ średnio □ źle □ bardzo źle

**5. Jak ocenia Pan/Pani organizację szkolenia (materiały szkoleniowe, wykładowców, formę komunikowania się z uczestnikami)?**

□ bardzo dobrze □ dobrze □ średnio □ źle □ bardzo źle

**6. W jakim stopniu szkolenie spełniło Pani/Pani oczekiwania?**

□ bardzo □ średnio □ mało □ wcale

**7. Czy ma Pan/Pani uwagi dotyczące zrealizowanych zajęć?**

□ nie

□ tak (proszę podać, jakie) ………………………………………………………………………………………

Bardzo dziękujemy za rzetelne wypełnienie ankiety