Załącznik nr 2

…..………..………., dnia ……………..………

**OFERTA SZKOLENIOWA**

1. Nazwa instytucji szkoleniowej:……………………………………………………………………………………………………………

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

Nr telefonu : ……………………….…………

Nr fax: ……………………….…………

NIP: ……………………….…………

REGON: ……………………….…………

2. Działalność prowadzona na podstawie:…………………………………………………….………………………………..

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

(nazwa dokumentu, organ wydający dokument, nr ewidencyjny)

3. Numer wpisu do Rejestru Instytucji Szkoleniowych we właściwym Wojewódzkim

Urzędzie Pracy (aktualny na 2020 rok) : …………………………………………………………………………………………………

4. Osoba wyznaczona do kontaktów z Powiatowym Urzędem Pracy w Pucku:

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

5. Osoba upoważniona do złożenia oferty i podpisywania umowy:

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

6. Nr rachunku bankowego instytucji szkoleniowej:

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

**PROGRAM SZKOLENIA**

7. Pełna nazwa szkolenia:……………………………………………………………………………………………………………………..

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

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

9. Cel szkolenia: ……………………………………………………………………………...……………………………………………………………..

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

10. Liczba godzin:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | dydaktyczne | zegarowe |
| teoretyczne |  |  |
| praktyczne |  |  |

11. Sposób organizacji zajęć praktycznych:

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

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

12. Dostosowanie wyposażenia dydaktycznego i pomieszczeń do potrzeb szkolenia (należy opisać m.in. odległość do węzła sanitarnego i pomieszczenia socjalnego):

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

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

13. Czas trwania szkolenia: od dnia: ……...…………………..….. do dnia: …………………..……..………………………

14. Miejsce szkolenia:

-zajęcia teoretyczne: …………………...………………………….…………………………………………………………………………………………

-zajęcia praktyczne: …………………...………………………….………………………………………………………………………………………….

15. Plan nauczania określający tematy zajęć edukacyjnych oraz ich wymiar, z uwzględnieniem w miarę potrzeby, części teoretycznej i części praktycznej:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Temat zajęć edukacyjnych | Treść szkolenia | Liczba godz. teorii | Liczba godz. praktyki |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| OGÓŁEM | | |  |  |

16. Wykaz literatury oraz niezbędnych środków i materiałów dydaktycznych, w tym wykaz sprzętu jaki zapewnia Wykonawca podczas zajęć praktycznych – należy wymienić ich ilość, **(należy również wskazać jakie materiały uczestnik otrzyma na własność)**

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

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

17. Wykaz kadry dydaktycznej przewidzianej do realizacji szkolenia:

***(Proszę podać wyłącznie kadrę, która będzie brała udział w realizacji szkolenia)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko wykładowcy/trenera** | **Kwalifikacje zawodowe (poziom wykształcenia, kierunek i specjalność , inne uprawnienia, szkolenia, kursy, egzaminy) w zakresie odpowiadającym tematyce szkolenia** | **Doświadczenie z zakresu prowadzenia szkoleń grupowych o tematyce związanej z przedmiotem zamówienia (liczba szkoleń zrealizowana w latach 2018-2019)** | **Zakres wykonywanych czynności w trakcie realizacji szkolenia** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Wykaz szkoleń wskazanych w kolumnie 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko wykładowcy/trenera** | **Nazwa szkolenia/zakres tematyczny** | **Termin szkolenia (od-do)** | **Odbiorca usługi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***UWAGA:*** *Zamawiający przed podpisaniem umowy, zastrzega sobie prawo żądania dokumentów potwierdzających kwalifikacje i doświadczenie trenerów.*

18. Sposób sprawdzania efektów szkolenia tj. przewidziane sprawdziany i egzaminy:

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

19. Posiadane certyfikaty jakości usług (Certyfikat systemu zarządzania jakością kształcenia/szkolenia wydany na podstawie międzynarodowych norm ISO lub akredytacja Kuratora Oświaty na prowadzenie szkoleń o tematyce z zakresu zlecanego szkolenia):

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

20. Kalkulacja kosztów szkolenia dla **1 uczestnika**:

1. Wynagrodzenie dla wykładowców/trenerów ………………………………
2. Wynajem sali …………………………………
3. Materiały dydaktyczne …………………………………
4. Egzamin …………………………………
5. Zysk …………………………………
6. Badania lekarskie ………………………………
7. Inne koszty (należy wymienić)

* ………………………………………… …………………………………
* ………………………………………… …………………………………

**OGÓŁEM koszt przeszkolenia 1 uczestnika ………………… zł.**

Koszt 1 osobogodziny szkolenia ……..………... zł.

21. Harmonogram szkolenia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Temat zajęć edukacyjnych | Liczba godz. teoretycznych/praktycznych | Godz. szkolenia  od… do …. |
|  |  | …. T/…. P |  |
|  |  | …. T/…. P |  |

22. Dokumenty otrzymane po szkoleniu: ………………………………….…………………………………………………………...

- zaświadczenie o ukończeniu szkolenia (załącznik nr 1)

W przypadku wydania dodatkowych zaświadczeń/certyfikatów/świadectw itp. **należy wyszczególnić jakie i** **dołączyć wzory**:…………………………………………………………………………………

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z „Informacją o zamiarze zorganizowania szkolenia pn. **„Magazynier z obsługą wózków jezdniowych”**  i nie wnoszę do niej zastrzeżeń.
2. Dane w ofercie szkoleniowej są zgodne ze stanem faktycznym.
3. Nie zalegam w dniu złożenia oferty szkoleniowej z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
4. Nie znajduję się w stanie likwidacji lub upadłości.
5. Oświadczam, że instytucja szkoleniowa, którą reprezentuję spełnia niżej wymienione warunki udziału w postępowaniu:
6. Posiadam aktualny wpis do rejestru instytucji szkoleniowych oraz wpis do CEIDG lub do właściwego rejestru (jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru).
7. posiada wiedzę i doświadczenie umożliwiające zrealizowanie szkolenia,
8. dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
9. nie jest powiązana osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym, polegające w szczególności na:

* uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
* posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,
* pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
* pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

1. Do oferty dołączam następujące dokumenty (jeżeli dotyczy): …………………………..

**Niniejsze oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 k.k., który stanowi: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 m-cy do lat 8”**

……………………………………………………

(pieczątka i podpis osoby upoważnionej)

Załącznik nr 1

...............................................................................

(pieczątka placówki kształcenia ustawicznego,

placówki kształcenia praktycznego

lub ośrodka dokształcania

i doskonalenia zawodowego)

**ZAŚWIADCZENIE**

**o ukończeniu kursu**

Zaświadcza się, że Pan/i ...............................................................................................................

(imię/imiona i nazwisko)

 ..................................  ..................................  ................................

(data urodzenia)  (miejsce urodzenia)  (numer PESEL1)

ukończył/a kurs ............................................................................................................................

(nazwa kursu)

........................................................................................................w wymiarze .............. godzin

prowadzony przez ........................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

(nazwa i adres placówki kształcenia ustawicznego,

placówki kształcenia praktycznego

lub ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)

Zaświadczenie wydano na podstawie § 18 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia  18 sierpnia 2017 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. poz. 1632).

.................................................................

(miejscowość, data)

Nr .........../20........ r.2)

..........................................................................

(pieczątka i podpis dyrektora

placówki kształcenia ustawicznego,

placówki kształcenia praktycznego lub

ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)

1) W przypadku osoby, która nie posiada numeru PESEL, należy wpisać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość.

2)Wpisać numer z ewidencji zaświadczeń prowadzonej przez placówkę kształcenia ustawicznego, placówkę kształcenia praktycznego lub ośrodek dokształcania i doskonalenia zawodowego.

**SUPLEMENT**

**DO ZAŚWIADCZENIA O UKOŃCZENIU KURSU**

………………………………………………………………. Nr …………./20 …… r. 1)

(nazwa kursu)

Przez Pana/Panią ………………………………………………………………………………..

(Imię i nazwisko)

w okresie od ……………………………………… do ……………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa zajęć edukacyjnych | Wymiar godzin zajęć edukacyjnych |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

..........................................................................

(pieczątka i podpis dyrektora

placówki kształcenia ustawicznego,

placówki kształcenia praktycznego lub

ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)