Załącznik Nr 1 do Bonu

OFERTA SZKOLENIOWA

1. Nazwa szkolenia:

……..……..……..……

……..……...

2. Nazwa instytucji szkoleniowej:

……..……..……..……

……..……...

W przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, spółkę cywilną lub spółkę jawną proszę dodatkowo o podanie numeru/ów identyfikacji PESEL oraz adresu/ów dla każdej osoby będącej Właścicielem / Wspólnikiem:

Imię i nazwisko ……..…….. PESEL ……..

Adres…….

Imię i nazwisko ……..…….. PESEL ……..

Adres…….

Imię i nazwisko ……..…….. PESEL ……..

Adres…….

3. Adres instytucji szkolącej:

……

……..…….

Nr telefonu: .....……**Nr fax:** ……..……..……

Adres e-mail:…….…….....

NIP: ……..……..**Regon:** ……..……

PKD ……..……

4. Numer z Rejestru Instytucji Szkoleniowych ……..……

5. Nazwisko, imię i nr telefonu osoby wyznaczonej do kontaktu z Urzędem:

…….

6. Nazwisko, imię i stanowisko osoby/ób uprawnionych do podpisania umowy :

a) imię i nazwisko.....

stanowisko.....

i (wpisać tylko w przypadku reprezentacji większej niż jednoosobowa)

b) imię i nazwisko .....

stanowisko.....

7. Liczba godzin zegarowych szkolenia (ilość godzin przypadających na jednego uczestnika):

a) Liczba godzin ogółem ……..…….

b) Liczba godzin zajęć teoretycznych ……

c) Liczba godzin zajęć praktycznych ……..

8. Czas trwania szkolenia i miejsce przeprowadzenia zajęć teoretycznych i praktycznych na szkoleniu:

a) termin rozpoczęcia szkolenia .....

b) termin zakończenia szkolenia ……

c) termin egzaminu ……..

d) miejsce odbywania się zajęć teoretycznych ……...

……

e) miejsce odbywania się zajęć praktycznych ……...

……

9. Czy program szkolenia został sporządzony z wykorzystaniem standardów kwalifikacji zawodowych i modułowych programów szkoleń zawodowych dostępnych w bazach danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej *:

- ☐ TAK
- ☐ NIE

10. Charakterystyka osób, dla których szkolenie jest przeznaczone oraz wymagania wstępne dotyczące kwalifikacji uczestników szkolenia (dotyczy również wymaganych badań lekarskich i psychologicznych wymaganych odrębnymi przepisami):

……
……
……
……

W przypadku, gdy są wymagane badania lekarskie na podstawie art. 229 § 8 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2016r. poz. 1666 z późn. zmianami) należy wypełnić Załącznik nr 3

11. Wykaz kadry dydaktycznej przewidzianej do realizacji szkolenia wraz z informacją na temat ich kwalifikacji, doświadczenia, wykształcenia niezbędnego do wykonywania zamówienia oraz zakresu wykonywanych przez nich czynności w trakcie trwania szkolenia (podane w wykazie dane dotyczące wykształcenia, kwalifikacji, uprawnień oraz doświadczenia poszczególnych osób mają być zgodne z przedłożonymi przez te osoby dokumentami). **:**

L.p.	Imię i nazwisko	Poziom wykształcenia – kierunek, Uprawnienia pedagogiczne	Doświadczenie w realizacji zadań o podobnym charakterze tematycznym co przedmiot zamówienia w okresie ostatnich trzech lat	Zakres wykonywanych zadań przy realizacji usługi, w tym wskazanie realizowanych tematów zajęć na kursie	Informacja o podstawie do dysponowania osobą
1.					
2.					
3.					
4.					

12. Ilość i jakość pomieszczeń do potrzeb danego szkolenia:

……
……
……
……
……
……
……

13. Ilość i jakość sprzętu wykorzystywanego do potrzeb danego szkolenia

L.p.	Nazwa sprzętu, maszyny, urządzeń, wyposażenia sal dydaktycznych, pomocy dydaktycznych, etc.	Ilość	Ilość / uczestnika	Informacja o podstawie dysponowania tymi zasobami. Forma własności /np. dzierżawiony, własny, wypożyczony

1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

14. Wykorzystywany do realizacji zajęć szkoleniowych sprzęt spełnia wymogi bezpieczeństwa, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz zostaną zapewnione odpowiednie warunki BHP. Pomieszczenia z których będą korzystać uczestnicy szkolenia są przystosowane pod względem BHP, sanitarnym i ppoż. stosownie do przeznaczenia*.

- ☐ TAK
- ☐ NIE

15. Wykaz wykonanych usług (prac podobnych) w okresie ostatnich trzech lat

Nazwa kierunku szkolenia/	Liczba osób przeszkolonych	Szkolenie grupowe **/ szkolenie indywidualne	Okres realizacji		Odbiorca	Miejsce realizacji
			Rozpoczęcie /dd.mm.rr/	Zakończenie /dd.mm.rr/		

****Szkolenie grupowe oznacza szkolenie grupy co najmniej 5 osób w ramach jednego zlecenia od kontrahenta.**
Wykonawca ma się posługiwać tylko i wyłącznie doświadczeniem własnego oddziału w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert.

16. Nadzór wewnętrzny służący podnoszeniu jakości prowadzonego szkolenia:

……
……
……
……

17. Posiadanie przez instytucję szkoleniową certyfikatu systemu zarządzania jakością kształcenia / szkolenia wydanego na siedzibę firmy na podstawie międzynarodowych norm np. ISO/ TÜV oraz/lub certyfikatów jakości usług zgodnych z kierunkiem szkolenia (wymienić aktualne oraz dołączyć kserokopie do oferty):

……
……
……
……
……

18. Rodzaj dokumentu/ów potwierdzającego/cych ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji (wzór/y w załączeniu):

……
……
……..
……
……

19. Prowadzenie analiz skuteczności i efektywności przeprowadzonych szkoleń*:

- ☐ TAK
- ☐ NIE

20. Kosztorys szkolenia powinien uwzględniać w szczególności:

Lp	Preliminarz kosztów kwalifikowanych	WARTOŚĆ w zł/brutto
1	koszty związane z zabezpieczeniem odpowiednich pomieszczeń do przeprowadzenia szkolenia	
2	eksploatacja pomieszczeń	
3	koszty przygotowania dla uczestników wszelkich niezbędnych materiałów dydaktycznych	
4	koszty wykorzystania w trakcie prowadzonego szkolenia sprzętu niezbędnego do prawidłowej realizacji szkolenia	
5	wynagrodzenie osób prowadzących zajęcia	
6	podatki i opłaty publicznoprawne	
7	wynagrodzenie członków komisji egzaminacyjnej	
8	poczęstunek: woda, kawa, herbata, ciastka	
9	inne	
10	inne ……..	
11	inne ……	
12	inne ……	

Koszt szkolenia jednego uczestnika bez kosztów ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków :

a) netto …… (słownie:……)

b) brutto …… (słownie:……)

Koszt szkolenia jednego uczestnika łącznie z kosztem ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków :

a) netto …… (słownie:……)

a) brutto …… (słownie:……)

Jeżeli usługa:

a) stanowi usługę kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego (zgodnie z definicją zawartą w art. 44 rozporządzenia wykonawczego Rady (UE) nr 282/2011 z dnia 15 marca 2011 r usługi w zakresie kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania świadczone na warunkach określonych w art. 132 ust. 1 lit. i dyrektywy 2006/112/WE obejmują nauczanie pozostające w bezpośrednim związku z branżą lub zawodem, jak również nauczanie mające na celu uzyskanie lub uaktualnienie wiedzy do celów zawodowych; czas odbywania kursu w zakresie kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania nie ma w tym przypadku znaczenia,

b) jest w całości lub w wysokości co najmniej 70% finansowana ze środków publicznych na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. c ustawy o podatku od towarów i usług (tekst jednolity: Dz. U. z 2016r. Nr 710 z późn. zmianami) oraz § 3 ust. 1 pkt. 14 Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2015r. poz. 736)

wówczas do tej usługi ma zastosowanie zwolnienie od podatku od towarów i usług.

21. Numer konta bakowego:

Wyrażam zgodę na pokrycie z własnych środków kosztów ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków uczestnika/ów szkolenia, który/rzy w trakcie jego trwania podejmie/ą zatrudnienie, inna pracę zarobkową lub działalność gospodarczą a szkolenie nadal będzie/ą kontynuować.

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że spełniam, zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2015r. poz. 2164 z późn. zmianami), wymogi do udziału w niniejszym postepowaniu

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych oświadczam, że wszelkie informacje podane w niniejszej ofercie, złożone oświadczenia oraz przedłożone jako załączniki dokumenty są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym na dzień złożenia oferty.

……....……..
Data, pieczęć i podpis(y) osoby(ób)
upoważnionej(ych)

* zaznaczyć właściwe

Załączniki:

1. Program szkolenia – Załącznik nr 1
2. Harmonogram szkolenia – Załącznik nr 2
3. Oświadczenie instytucji szkoleniowej dotyczące warunków niebezpiecznych, szkodliwych lub czynników uciążliwych występujących w trakcie szkolenia – Załącznik nr 3
4. Wzór/ory zaświadczenia/ń i / lub innego dokumentu/ów potwierdzającego/ych ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji.
5. Kserokopia/e dokumentu/ów potwierdzającego/ych upoważnienie do reprezentacji i podpisania umowy osoby wskazanej w ofercie, np.: pełnomocnictwo, powołanie, mianowanie (jeżeli nie wynika to z wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub Krajowego Rejestru Sądowego)

ZAŁĄCZNIK NR 1

……
Pieczątka jednostki szkoleniowej

……
miejscowość, data

PROGRAM SZKOLENIA

<table>
<tr><td>Nazwa szkolenia</td><td></td></tr>
<tr><td>Czas trwania
i sposób organizacji szkolenia</td><td></td></tr>
<tr><td>Wymagania wstępne dla
uczestników szkolenia</td><td></td></tr>
<tr><td>Cele szkolenia ujęte
w kategoriach efektów
uczenia się z uwzględnieniem
wiedzy, umiejętności
i kompetencji społecznych</td><td></td></tr>
<tr><td>Plan nauczania określający
tematy zajęć edukacyjnych
oraz ich wymiar
z uwzględnieniem
w miarę potrzeb części
teoretycznej i części
praktycznej</td><td>
<table>
<tr><th>Nazwa przedmiotu</th><th>Zajęcia teoretyczne</th><th>Zajęcia praktyczne</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ŁĄCZNIE</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Opis treści – kluczowe punkty
szkolenia
w zakresie poszczególnych
zajęć edukacyjnych</td><td></td></tr>
<tr><td>Wykaz literatury oraz
niezbędnych środków
i materiałów dydaktycznych
wykorzystywanych podczas
szkolenia oraz przekazanych
uczestnikowi na własność</td><td></td></tr>
<tr><td>Przewidziane sprawdziany
i egzaminy</td><td></td></tr>
</table>

……
Pieczęć i podpis(y) osoby(ób)
upoważnionej(ych)

ZAŁĄCZNIK NR 2

HARMONOGRAM SZKOLENIA

Lp.	Data zajęć	Nazwa przedmiotu	Opis treści nauczania	Wykładowca / trener / instruktor	Godzina rozpoczęcia zajęć	Liczba godzin zegarowych zajęć*	Miejsce odbywania się zajęć
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

***** godzina zegarowa kursu - liczy 60 minut i obejmuje zajęcia edukacyjne liczące 45 minut oraz przerwę, liczącą średnio 15 minut (chyba, że przepisy odrębne stanowią inaczej)

..... , ...
(miejscowość) (data)

…….……
Pieczęć i podpis(y) osoby(ób) upoważnionej(ych)

Oświadczenie instytucji szkoleniowej dotyczące warunków niebezpiecznych, szkodliwych lub czynników uciążliwych występujących w trakcie szkolenia

- niezbędne do wydania przez PUP osobie bezrobotnej skierowania na badania lekarskie przed rozpoczęciem szkolenia

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy zaznaczyć lub wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia. (**UWAGA! postawić znak X przy danym czynniku)**

Czynniki niebezpieczne, szkodliwe i warunki uciążliwe występujące w okresie szkolenia:

1) Czynniki fizyczne:

- ☐ hałas - czas pracy dziennie …….. pomiary natężenia hałasu …….....……..…..
- ☐ ultradźwięki pomiary ……...…….....……...
- ☐ wibracja miejscowa – czas pracy dziennie …..… pomiary …….....……
- ☐ wibracja ogólna czas pracy dziennie ……...…….....
- ☐ promieniowanie jonizujące: kat A ☐ pomiary ……. kat B ☐ pomiary ……...….
- ☐ promieniowanie i pole elektromagnetyczne pomiary ……...…….....
- ☐ promieniowanie nadfioletowe ……..……...…….....…..
- ☐ promieniowanie podczerwone ……...……...…….....…....……
- ☐ promieniowanie laserowe …….....……..
- ☐ obsługa monitora ekranowego – ile godzin dziennie…….....……....
- ☐ niedostateczne oświetlenie (liczba godzin dziennie) ……..…….....…....
- ☐ nadmierne oświetlenie (liczba godzin dziennie) ……...…….....…..
- ☐ mikroklimat gorący pomiary ……..……...……..….....
- ☐ mikroklimat zimny pomiary ……..……...…….....….
- ☐ zmienne warunki atmosferyczne ……....…….....…....
- ☐ zwiększone lub obniżone ciśnienie atmosferyczne ……..…….....…...

2) Pyły:

- ☐ wymienić jaki ……. pomiary ……

3) Czynniki chemiczne

- ☐ wymienić jakie…… ile godzin dzienne …..... pomiary …….

4) Czynniki biologiczne

- ☐ Wirus zapalenia wątroby typ B (HBV)
- ☐ Wirus zapalenia wątroby typ C (HCV)
- ☐ Ludzki wirus niedoboru odporności nabytej (HIV) biologiczne.
- ☐ Pałeczki Brucella abortus bovis
- ☐ Promieniowce termofilne, grzyby pleśniowe i inne o działaniu uczulającym
- ☐ Inne szkodliwe czynniki ……..

5) Inne czynniki

- niekorzystne czynniki psychospołeczne:

☐ stały duży dopływ informacji i gotowość do odpowiedzi;

☐ stanowisko decyzyjne i związane z odpowiedzialnością

☐ narażenie życia;

☐ monotonia pracy

- kierowanie pojazdem w ramach obowiązków służbowych

☐ kat. ……..……

- praca na wysokości:

☐ do 3 metrów ☐ powyżej 3 metrów ☐ praca na masztach/wieżach

☐ praca wymagająca pełnej sprawności psychoruchowej rodzaj ……

☐ praca zmianowa

☐ praca fizyczna

☐ praca w wymuszonej pozycji

☐ praca w słuchawkach

☐ praca wymagająca ruchów monotypowych kończyn

☐ praca wymagająca stałego i długotrwałego wysiłku głosowego

Inne:

……...….....……..…

……...…….....…....

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy na ww. stanowisku: …….....

☐ Nie występują czynniki niebezpieczne/szkodliwe/uciążliwe dla zdrowia

☐ Wymagana jest książeczka do celów sanitarno-epidemiologicznych

……..…..…….

Data, pieczęć i podpis(y) osoby(ób)
upoważnionej(ych)