*Załącznik nr 1*

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

*(pieczęć wykonawcy)*

PROGRAM SZKOLENIA

Ja (My) niżej podpisany(ni)…………….……………..………………………………………

*(imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby uprawnionej do reprezentowania firmy tj. podpisywania umów i innych dokumentów wiążących*

działając w imieniu i na rzecz:

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

*(pełna nazwa wykonawcy)*

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

*(adres siedziby wykonawcy telefon, e-mail)*

NIP ………………… REGON ……………………. PKD ………………………

w odpowiedzi na zaproszenie do złożenia propozycji cenowej na przeprowadzenie szkolenia pn. „**Spawacz metodą MAG 135 i TIG 141**” w ramach projektu pozakonkursowego, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej, Europejskiego Funduszu Społecznego pn. „Aktywizacja osób pozostających bez pracy w wieku powyżej 29 roku życia znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy w powiecie myśliborskim (II)” Oś priorytetowa VI „Rynek pracy”. Działanie 6.5 „Kompleksowe wsparcie osób bezrobotnych, nieaktywnych zawodowo i poszukujących pracy znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy, obejmujące pomoc w aktywnym poszukiwaniu pracy oraz działania na rzecz podnoszenia kwalifikacji zawodowych”. Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego.

1. Oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach określonych w zaproszeniu do złożenia propozycji cenowej za cenę umowną brutto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cena brutto za jednego uczestnika szkolenia(w złotych)** | **Liczba kierowanych osób** | **Wartość brutto szkolenia (w złotych)** |
| **1** | **2** | **1 x 2 = 3** |
|  | **10** |  |

1. Oświadczam(y), że przedmiot zamówienia zrealizujemy zgodnie z wymogami określonymi przez zamawiającego.
2. Oświadczam(y), że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczam(y), że w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych we wzorze umowy dołączonym do zaproszenia do złożenia propozycji cenowej oraz w miejscu i terminie określonym przez zamawiającego.
4. Oświadczam(y), że nie jestem powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym, tj. Powiatowy Urząd Pracy w Myśliborzu z siedzibą przy ul. Spokojna 22, 74-300 Myślibórz.

Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
3. pełnieniu funkcji członka organu lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. 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.
5. Przedstawiamy następujące informacje:
6. ***Zakres szkolenia***
7. Ilość godzin zegarowych przypadających na jednego uczestnika ……………. w tym:
8. Ilość godzin zegarowych zajęć teoretycznych ………….
9. Ilość godzin zegarowych zajęć praktycznych ……………..
10. ***Czas trwania szkolenia (w dniach)***

Ilość dni szkolenia ……………………….

1. ***Miejsce przeprowadzenia szkolenia: /należy podać lokalizację wskazując nazwę i adres miejsca odbywania zajęć***/

Zajęcia teoretyczne …………………………………….…………………………………..

Zajęcia praktyczne …………………………………….…………………………………..

1. ***Ilość i jakość pomieszczeń (należy podać ilość wyposażonych stanowisk niezbędnych do prawidłowej realizacji szkolenia) oraz wyposażenie w sprzęt i pomoce dydaktyczne do potrzeb danego szkolenia:***

Sala do zajęć teoretycznych:

Powierzchnia …………………………………

Ilość stanowisk ……………………………….

Sala do zajęć praktycznych:

Powierzchnia …………………………………

Ilość stanowisk ……………………………….

1. ***Czas trwania szkolenia (w dniach)***

Ilość dni szkolenia ……………………….

1. ***Miejsce przeprowadzenia szkolenia: /należy podać lokalizację wskazując nazwę i adres miejsca odbywania zajęć***/

Zajęcia teoretyczne …………………………………….…………………………………..

Zajęcia praktyczne …………………………………….…………………………………..

1. ***Ilość i jakość pomieszczeń (należy podać ilość wyposażonych stanowisk niezbędnych do prawidłowej realizacji szkolenia) oraz wyposażenie w sprzęt i pomoce dydaktyczne do potrzeb danego szkolenia:***

Sala do zajęć teoretycznych:

Powierzchnia …………………………………

Ilość stanowisk ……………………………….

Sala do zajęć praktycznych:

Powierzchnia …………………………………

Ilość stanowisk ……………………………….

Wykaz sprzętu i pomocy dydaktycznych wykorzystywanych do przeprowadzenia zajęć :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu/ pomocy dydaktycznych | Liczba sztuk | Podstawa do dysponowania |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. ***Sposób organizacji szkolenia (należy określić sposób prowadzenia zajęć np. wykłady, pogadanki, pokazy, zajęcia praktyczne):***

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

……………………………………………………………………………………………….

1. ***Cele szkolenia (należy określić m.in. jakie umiejętności osiągną uczestnicy po zakończeniu szkolenia):***

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

……………………………………………………………………………………………….

1. ***Wykaz literatury, środków i materiałów dydaktycznych wykorzystanych do realizacji szkolenia:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię autora | Tytuł podręcznika/wydawnictwo |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. ***Wykaz literatury, środków i materiałów dydaktycznych, jakie uczestnik szkolenia otrzyma na własność:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię autora | Tytuł podręcznika/wydawnictwo |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. ***Nadzór wewnętrzny służący podnoszeniu jakości prowadzonego szkolenia (należy podać jakie działania zostaną podjęte w celu kontroli prowadzonego szkolenia, np. prowadzenie hospitacji zajęć, powołanie kierownika kursu odpowiedzialnego za nadzór nad prawidłowym przebiegiem szkolenia, reagowanie na uwagi, uwzględnianie uwag uczestników szkolenia, i in.)***

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

1. ***Sposób sprawdzania efektów szkolenia:***

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

1. ***Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji (należy dołączyć wzór)***

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

1. ***Plan nauczania określający tematy zajęć edukacyjnych oraz ich wymiar, z uwzględnieniem części teoretycznej i części praktyczne):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa modułu | Ilość godzin zajęć teoretycznych przypadających na jednego uczestnika | Ilość godzin zajęć praktycznych przypadających na jednego uczestnika |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. ***Treści szkolenia w zakresie poszczególnych zajęć edukacyjnych***

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa modułu | Treści szkolenia w zakresie modułu |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. ***Doświadczenie w realizacji szkoleń związanych z obszarem zlecanego szkolenia (w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie):***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Temat szkolenia | Liczba przeszkolonych osób | Instytucja/ jednostka, dla której zostało zrealizowane szkolenie (adres) | Czas realizacji zamówienia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. ***Dostosowanie kwalifikacji i doświadczenia kadry dydaktycznej do zakresu zlecanego szkolenia:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Doświadczenie zawodowe związane z modułami szkolenia | Wykształcenie i kwalifikacje zawodowe | Zakres wykonywanych czynności z podaniem liczby godzin modułu tematycznego szkolenia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. ***Prowadzenie analizy skuteczności i efektywności przeprowadzonych w 2015r. szkoleń związanych z obszarem zlecanego szkolenia.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Liczba osób przeszkolonych, które ukończyły szkolenie | Liczba osób, która przystąpiła do egzaminu | Liczba osób, które zdały egzamin | Efektywność %*(3/2 x 100%)* |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  |  |  |  |

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

*miejscowość (podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji
 wykonawcy )*