



(pieczęć instytucji szkoleniowej)

(miejsowość i data)

## OFERTA SZKOLENIA

1. Instytucja szkoleniowa \_\_\_\_\_

2. Nazwa szkolenia \_\_\_\_\_

3. Termin szkolenia \_\_\_\_\_

4. Liczba godzin szkoleniowych (zegarowych) \_\_\_\_\_

5. Osoba do kontaktu: \_\_\_\_\_

6. Osoba reprezentująca jednostkę oraz stanowisko: \_\_\_\_\_

7. Oferta ważna do: \_\_\_\_\_

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

(pieczęć instytucji szkoleniowej)

## PROGRAM SZKOLENIA

(miejsowość i data)

Nazwa instytucji szkoleniowej	Kod pocztowy
	Miejscowość
REGON	Ulica, nr domu
	Nr tel.
NIP	Nr fax
	E-mail
Nr rachunku bankowego:	
Nr wpisu do Rejestru Instytucji Szkoleniowych:	
<b>Miejsce szkolenia:</b>	
zajęć teoretycznych	zajęć praktycznych
Kod pocztowy	Kod pocztowy
Miejscowość	Miejscowość
Ulica, nr domu	Ulica, nr domu
Nr tel.	Nr tel.
Nazwa i zakres szkolenia:	
<b>Czas trwania szkolenia (nie mniej niż 25 godzin zegarowych w tygodniu) i sposób realizacji szkolenia</b>	
Termin szkolenia (od-do):	<b>od do</b>
Ilość godzin szkoleniowych (zegarowych <sup>1</sup> ) – harmonogram godzin:	
a) w godzinach ogółem:	
zajęcia teoretyczne(w godzinach zegarowych):	
zajęcia praktyczne (w godzinach zegarowych):	
b) w tygodniach:	
1 tydzień (w godzinach zegarowych):	
2 tydzień (w godzinach zegarowych):	
3 tydzień (w godzinach zegarowych):	
4 tydzień (w godzinach zegarowych):	
5 tydzień (w godzinach zegarowych):	
c) w miesiącu kalendarzowym <sup>**</sup> :	
**	
**	
Cena za szkolenie:	
Koszt osobogodziny:	
Cena za uczestnika szkolenia:	
Materiały dydaktyczne i sprzęt wykorzystywany podczas zajęć:	

<sup>1</sup> Jedna godzina zegarowa = 45 min. zajęć edukacyjnych + 15 min. przerwy

<sup>\*\*</sup> Wpisać nazwę miesiąca

Materiały dydaktyczne, jakie uczestnicy szkolenia otrzymują na własność:	
Wykaz literatury:	
Wymagania wstępne dla uczestnika szkolenia:	
<p>Wykształcenie</p> <input type="checkbox"/> niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wyższe	
Uprawnienia i umiejętności wymagane od kandydata:	
Rodzaj niezbędnych badań lekarskich stwierdzających zdolność kandydata do uczestnictwa w szkoleniu:	
Cele szkolenia:	
Plan nauczania - harmonogram szkolenia	<b>Załącznik Nr 1</b>
Nabyte kwalifikacje (rodzaj uprawnień):	
Sposób sprawdzenia efektów szkolenia – przewidziane sprawdziany i egzaminy:	
<input type="checkbox"/> praca końcowa	<input type="checkbox"/> zaliczenie całego programu
<input type="checkbox"/> egzamin	<input type="checkbox"/> frekwencja
<input type="checkbox"/> aktywność	<input type="checkbox"/> inne(jakie?)

**7. Składając niniejszą ofertę:**

**7.1. Oświadczam**, że sposób reprezentacji spółki/konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

.....  
(wypełniają jedynie Wykonawcy składający wspólną ofertę – spółki cywilne i konsorcja)

**7.2. Oświadczam**, że składając podpis lub parafę na kserokopii dokumentu dołączonego do oferty, poświadczam, że ten dokument jest zgodny z oryginałem.

**7.3. Akceptuję** wszystkie postanowienia zawarte w SIWZ.

**7.4. Zobowiązuję** się do zawarcia Umowy, opracowanej w oparciu o istotne postanowienia umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

**7.5. Uważam się za związany niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ.**

**7.6. Oświadczam**, że uzyskałem wszelkie niezbędne informacje do przygotowania i złożenia oferty oraz wykonania zamówienia.

**7.7. Informuję**, że **informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być udostępniane innym uczestnikom postępowania - zawarte są na stronach ..... oraz do oferty załączam uzasadnienie zastrzeżenia informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa.

**8. Podwykonawcom**..... zamierzam zlecić realizację części zamówienia obejmującą: ..... zamówienie zostanie wykonane bez udziału podwykonawców (niepotrzebne skreślić).

9. Oferta została złożona na ..... zapisanych stronach, kolejno ponumerowanych od nr ... do nr ...

6. Załączniki do oferty, stanowiące jej integralną część.

Wykonawca zobowiązany jest do wypełnienia wszystkich wykropkowanych miejsc.

**Wymagane załączniki:**

1. Oświadczenie o posiadaniu aktualnego wpisu w Rejestrze Instytucji Szkoleniowych
2. Plan nauczania - harmonogram szkolenia. (Zał. nr 1)
3. Wykaz zajęć edukacyjnych objętych szkoleniem/kursem (Zał. nr 2)
4. Preliminarz kosztów (Zał. nr 3)
5. Kwestionariusz kadry dydaktycznej (Zał. nr 4)
6. Oświadczenie osób prawnych\* lub osób fizycznych \* (w tym będących przedsiębiorcami) o braku podstaw do wykluczenia Wykonawcy (zał. nr 5)

Pouczony o odpowiedzialności karnej (m. in. z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) oświadczam, że oferta oraz załączone do niej dokumenty opisują stan prawny i faktyczny aktualny na dzień złożenia oferty.

.....  
Data i podpis i pieczęć imienna osoby - osób upoważnionej (ych) do reprezentowania Wykonawcy/



Nazwa podmiotu	Adres siedziby	Czynny od	Do	Wydział	Kod	Lp. zadania	Wydział	Nazwa zadania	Kod	Lp. zadania	Wydział	Nazwa zadania	Kod	Lp. zadania	Wydział	Nazwa zadania	Kod	Lp. zadania	Wydział

Wydział Zarządzania i Rozwoju  
ul. Piłsudskiego 32  
44-100 Brzeg  
Tel: 077 444 13 90



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny

Załącznik nr 1  
do programu szkolenia

(pieczęć instytucji szkoleniowej)

### Plan nauczania – harmonogram szkolenia

Dzień szkolenia	Temat zajęć edukacyjnych	Opis treści szkolenia	Wykładowca/ trener/instruktor	Ilość godzin teoretycznych	Ilość godzin praktycznych	UWAGI
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
...						
...						

(miejscowości i data)

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

Powiatowy Urząd Pracy w Brzegu  
ul. Armii Krajowej 32  
49-300 Brzeg

tel. (077) 444 13 90 do 92  
<http://pup.brzeg.pl>  
e-mail: [opbr@praca.gov.pl](mailto:opbr@praca.gov.pl)

Wydatek jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego



Załącznik nr 2  
do programu szkolenia

(pieczęć instytucji szkoleniowej)

### Wykaz zajęć edukacyjnych objętych szkoleniem/kursem

Lp.	Tematy zajęć edukacyjnych	Wymiar godzin zajęć edukacyjnych
1.		
2.		
...		
...		
	RAZEM:	

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej  
przez organizatora szkolenia)

(pieczęć instytucji szkoleniowej)

## PRELIMINARZ KOSZTÓW

Zestawienie składników kosztów za przeprowadzenie szkolenia pn. \_\_\_\_\_

w terminie od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_ dla \_\_\_\_\_ osób bezrobotnych.

Liczba godzin ogółem \_\_\_\_\_

LP	TREŚĆ	KWOTA
<b>I. WYNAGRODZENIA</b>		
1.	Wykładowca	
2.	...	
3.	...	
<b>RAZEM</b>		
<b>II. WYDATKI MATERIAŁOWE</b>		
1.	Skrypty, książki	
2.	Materiały kancelaryjne	
3.	Środki dydaktyczne	
4.	Materiały do nauki praktycznej	
5.	...	
6.	...	
<b>RAZEM</b>		
<b>III. USŁUGI OBCE</b>		
1.	Dzierżawa Sali wykładowej	
2.	Wydanie zaświadczenia	
3.	Opłaty pocztowe i telekomunikacyjne	
4.		
5.	...	
6.	...	
<b>RAZEM</b>		
<b>OGÓŁEM KOSZTY</b>		
Narzut		
<b>KWOTA OGÓŁEM:</b>		

Słownie: \_\_\_\_\_

Koszt na 1 osobę: \_\_\_\_\_ (słownie: \_\_\_\_\_)

Koszt osobogodziny \_\_\_\_\_ (słownie: \_\_\_\_\_)

.....  
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej  
przez organizatora szkolenia)





Załącznik nr 4

(pieczęć instytucji szkoleniowej)

## Kwestionariusz Osobowy Kadry dydaktycznej

1. Imię i nazwisko : \_\_\_\_\_

2. Tematyka prowadzonych zajęć (w ramach szkolenia):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Posiadane wykształcenie:

poziom \_\_\_\_\_

kierunek \_\_\_\_\_

nazwa uczelni \_\_\_\_\_

4. Doświadczenie zawodowe w zakresie prowadzenia szkoleń, kursów, pracy wykładowczej i innej pracy dydaktycznej w ostatnich 3 latach

-od 2013r. do \_\_\_\_\_

-od 2014r. do \_\_\_\_\_

-od 2015r. do \_\_\_\_\_

5. Ukończone szkolenia (związane z tematyką prowadzonych zajęć)

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 k.p.k za składanie fałszywych zeznań oświadczam, iż dane zawarte w kwestionariuszu osobowym kadry dydaktycznej są zgodne z prawdą.

\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)



(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

Załącznik nr 5

OŚWIADCZENIE OSÓB PRAWNYCH\*  
lub OSÓB FIZYCZNYCH \* (w tym będących przedsiębiorcami)  
o braku podstaw do wykluczenia Wykonawcy

oświadczamy, że nie podlegamy wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst ujednolicony Dz. U. z 2015 r., poz. 2164 z późn.zm.).

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

\_\_\_\_\_  
podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

\* - niepotrzebne skreślić