



# POWIATOWY URZĄD PRACY W NOWYM DWORZE GDAŃSKIM

ul. Morska 1, 82-100 Nowy Dwór Gdański  
☎ 55 246 95 00 fax 55 246 95 01 e-mail: gdn@praca.gov.pl  
NIP: 5782211273 REGON: 191978743

....., dnia .....

(pieczęć instytucji szkoleniowej)

## FORMULARZ OFERTY

### Część I Dane dotyczące instytucji szkoleniowej :

1. Nazwa i adres: .....	
2. NIP:	3. REGON:
4. Nazwa banku i nr rachunku: .....	
5. Telefon:	6. adres poczty elektronicznej:
7. Osoba wskazana do kontaktu z PUP: imię, nazwisko, stanowisko: .....	
8. Imię, nazwisko i stanowisko osoby wskazanej i umocowanej do podpisania umowy: .....	
9. Forma prawna prowadzonej działalności – dokument stwierdzający podstawę prawną funkcjonowania instytucji należy dołączyć w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej .....	
10. Numer wpisu do Rejestru Instytucji Szkoleniowych prowadzonego przez Wojewódzki Urząd Pracy .....	

### Część II Dane dotyczące oferty szkoleniowej :

Składam ofertę na przeprowadzenie szkolenia:

.....  
/nazwa szkolenia/

1. Czas trwania szkolenia: od dnia ..... do dnia .....
2. Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ogółem:..... w tym: - zajęcia teoretyczne .....  
-zajęcia praktyczne .....
3. Miejsce szkolenia:  
- zajęcia teoretyczne .....  
- zajęcia praktyczne .....
4. Miejsce zakwaterowania i wyżywienia uczestnika szkolenia (w przypadku, gdy PUP wystąpił o ofertę łącznie z kosztem zakwaterowania i wyżywienia)

5. Program szkolenia należy przedstawić na **Załączniku nr 1 do formularza oferty**.

Program szkolenia został opracowany z wykorzystaniem standardów kwalifikacji zawodowych i modułowych programów szkoleń zawodowych dostępnych w bazach danych prowadzonych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej:

TAK  NIE

Jeżeli TAK to proszę podać kod zawodu którego dotyczy program szkolenia .....

Program określony odrębnymi przepisami\*

TAK  NIE

Jeżeli TAK to proszę wskazać przepisy .....

6. Harmonogram szkolenia należy przedstawić na **Załączniku nr 2 do formularza oferty**.

7. Zabezpieczenie materiałowo – dydaktyczne kursu:

a/ warunki lokalowe – proszę podać wielkość sal w których będą odbywały się zajęcia (teoretyczne i praktyczne), czy jest zapewniony dostęp do węzła sanitarnego i zaplecza socjalnego, czy sale są klimatyzowane w okresie letnim, ogrzewane w okresie zimowym

b/ wyposażenie w sprzęt audiowizualny i pomoce dydaktyczne potrzebne do przeprowadzenia zajęć teoretycznych – proszę wymienić:

c/ wyposażenie w odpowiedni sprzęt i urządzenia potrzebne do przeprowadzenia zajęć praktycznych – proszę podać **rodzaj** oraz **ilość** :

d/ materiały, podręczniki, pomoce naukowe itp. przekazane uczestnikom szkolenia na własność – proszę wymienić:

e/ materiały do zajęć praktycznych – proszę wymienić:

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

8. 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. **(w załączeniu proszę dołączyć kserokopie posiadanego wykształcenia i doświadczenia zawodowego adekwatnego do przeprowadzonego szkolenia).**

L.p	Imię i nazwisko	Posiadane uprawnienia (mistrz, czeladnik, instruktor)	Doświadczenie wykładowcy/instruktora	Jakie tematy zajęć będzie realizował
-----	-----------------	---	--------------------------------------	--------------------------------------

	Poziom wykształcenia – kierunek,  Uprawnienia pedagogiczne	praktycznej nauki zawodu), ukończone kursy przedmiotowo związane z tematyką szkolenia / tematyką prowadzonych zajęć - proszę wymienić	w prowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich trzech latach zgodnych z tematyką szkolenia / tematyką prowadzonych zajęć (wymienić szkolenia ich okresy trwania i realizowane tematy, od .....do)	wykładowca/instruktor w szkoleniu którego dotyczy składana oferta
1.				
2.				

9. Sposób prowadzenia nadzoru wewnętrznego służącego podnoszeniu jakości prowadzonych szkoleń: .....

.....

10. Posiadane przez instytucję szkoleniową certyfikaty jakości usług /jakie-wymienić/ **w przypadku posiadania certyfikatów należy dołączyć do formularza oferty ich kserokopię:**

.....

.....

11. Sposób organizacji zajęć praktycznych określonych w programie szkolenia:

a/ czy zajęcia praktyczne będą zorganizowane w środowisku pracy? \*

TAK  NIE

Jeżeli tak to proszę podać wymiar godzin .....

b/ proszę podać **ilość i rodzaj** wyposażenia technicznego jakie przypada na jednego uczestnika szkolenia oraz jego stan techniczny

.....

.....

c/ wprowadzone przez jednostkę rozwiązania metodyczno – organizacyjne w zakresie organizacji zajęć praktycznych mające na celu podniesienia jakości szkolenia

.....

.....

12. Sposób sprawdzenia efektów szkolenia :

.....

13. Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji:  
**(wzór zaświadczenia/zaświadczeń/ należy dołączyć do formularza oferty)**

.....

.....

14. Informacja o dopuszczalnej liczbie godzin nieobecności na szkoleniu: .....

15. Wiadomości i umiejętności zawodowe jakie uzyska uczestnik kursu po jego zakończeniu:

- wiadomości: .....

- umiejętności:.....

16. Cena za przeszkolenie 1 osoby bezrobotnej: .....

Słownie: .....

17. Udział kosztów w cenie szkolenia jednej osoby:

- eksploatacja pomieszczeń	.....zł.
- eksploatacja sprzętu	.....zł.
- płace wykładowców i personelu	.....zł.
- koszt materiałów dydaktycznych	.....zł.
- koszt egzaminu	.....zł.
- koszt poczęstunku: (np.: woda, kawa, herbata, ciastka)	..... zł.
- zysk organizatora	..... zł
- inne – jakie (wymienić)	.....zł.

18. Cena szkolenia dla grupy ..... osobowej wynosi: .....  
słownie: .....

**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, inną pracę zarobkową lub działalność gospodarczą a szkolenie nadal będzie/ą kontynuować.**

**Załączniki:**

- Program szkolenia – Załącznik nr 1
- Harmonogram szkolenia – Załącznik nr 2
- Wzór zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia - Załącznik nr 3
- Wzór Ankiety – Załącznik nr 4

.....  
Podpis osoby reprezentującej instytucję szkoleniową

\* zaznaczyć właściwe

## PROGRAM SZKOLENIA

1. **Nazwa szkolenia:** .....
2. **Czas trwania szkolenia:** .....
3. **Sposób organizacji szkolenia:**
  - zajęcia praktyczne: .....
  - zajęcia teoretyczne:.....
4. **Wymagania wstępne dla uczestników szkolenia:**.....
5. **Cele szkolenia ujęte w kategoriach efektów uczenia się z uwzględnieniem wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych:** .....
6. **Wykaz literatury oraz niezbędnych środków i materiałów dydaktycznych**
7. **Przewidziane sprawdziany i egzaminy:**
8. **Plan nauczania:**

Lp.	Tematyka zajęć	Wykaz zajęć w godzinach		Treści szkolenia w zakresie zajęć edukacyjnych
		teoretyczne	praktyczne	
1.				
2.				
3.				
4.				

.....  
 Podpis osoby reprezentującej instytucję szkoleniową

.....  
 pieczęć Instytucji Szkoleniowej

**HARMONOGRAM SZKOLENIA**

Data zajęć	<u>Temat zajęć edukacyjnych oraz opis treści szkolenia w zakresie poszczególnych zajęć edukacyjnych</u>	Godzina rozpoczęcia i zakończenia kursu od...do..	Miejsce prowadzenia zajęć	Imię i nazwisko Wykładowcy

**Prosimy podać ilość osób w grupie na zajęciach:**

- praktycznych.....
- teoretycznych.....

.....  
 Podpis osoby reprezentującej instytucję szkoleniową

**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**

## ANKIETA DLA UCZESTNIKÓW SZKOLENIA

### **Szanowni Państwo:**

Powiatowy Urząd Pracy w Nowym Dworze Gdańskim chciałby uzyskać Państwa opinię na temat kończącego się szkolenia. Jednym z zadań urzędu jest zapewnienie uczestnikom wysokiego poziomu szkolenia.

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania i przekazanie nam w miarę możliwości wyczerpujących informacji.

Ankieta jest anonimowa.

### I. **Informacje o uczestniku szkolenia:** *właściwe zakreśl X*

<b><u>Płeć:</u></b>	kobieta	<input type="checkbox"/>	mężczyzna	<input type="checkbox"/>
<b><u>Wiek:</u></b>				
- 18-24 lata	<input type="checkbox"/>	- 35 – 44 lata	<input type="checkbox"/>	
- 25-34 lata	<input type="checkbox"/>	- 45 lat i więcej	<input type="checkbox"/>	
<b><u>Wykształcenie:</u></b>				
- gimnazjalne i poniżej	<input type="checkbox"/>	- policealne i średnie zawodowe	<input type="checkbox"/>	
- zasadnicze zawodowe, branżowe	<input type="checkbox"/>	- wyższe	<input type="checkbox"/>	
- średnie ogólnokształcące	<input type="checkbox"/>			
<b><u>Czas pozostawania bez pracy:</u></b>				
- do 6 miesięcy	<input type="checkbox"/>			
- od 6 do 12 miesięcy	<input type="checkbox"/>			
- powyżej 12 miesięcy	<input type="checkbox"/>			

### II. **Ocena szkolenia:** *podkreśl właściwe*



**1. Czy szkolenie spełniło Pani / Pana oczekiwania?**

TAK                      NIE

**2. Czy zakres tematyczny szkolenia – zdaniem Pani / Pana był wystarczający?**

TAK                      NIE

Jeżeli **nie**, to jakie zagadnienia byłyby niezbędne do uwzględnienia w programie szkolenia?

**3. Czy odpowiadał Pani/Panu sposób prowadzenia zajęć? *podkreśl właściwe***

TAK                      NIE

**4. Jak Pani/Pan ocenia organizację zajęć pod względem:**

*/prosimy zastosować skalę od 1 do 5, gdzie 1 oznacza najniższą, a 5 najwyższą! zakreśl kółkiem wybraną odpowiedź*

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| a. czasu, w którym się odbywały:                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. miejsca szkolenia:                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. wyposażenia technicznego:                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. poziomu wiedzy prowadzącego zajęcia:               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. zdolności przekazywania umiejętności praktycznych: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**5. Czy otrzymał Pan/Pani materiały szkoleniowe na własność? Jeżeli tak to jakie:**

**5. Czy zamierza Pani/Pan poszukiwać pracy zgodnie z uzyskanymi w wyniku szkolenia umiejętnościami? *podkreśl właściwe***

TAK                      NIE

**6. Inne uwagi i propozycje dotyczące szkolenia:**

Prosimy sprawdzić, czy udzielił(a) Pan(i) odpowiedzi na wszystkie pytania.

**DZIEKUJEMY**