*Załącznik nr 1*

…………………………………………

/pieczątka Wykonawcy/

**OFERTA NA REALIZACJĘ USŁUGI SZKOLENIOWEJ**

Działając w imieniu i na rzecz …………………………………………………………………

zobowiązuję się do realizacji usługi szkolenia we wskazanym poniżej zakresie:

**1. Nazwa szkolenia**

**2.** **Program szkolenia** /stanowiący załącznik nr 2/.

Liczba godzin ogółem: …………. w tym:

- zajęcia teoretyczne ……………

- zajęcia praktyczne …………….

**3**. **Termin realizacji szkolenia** /od – do/…………………………………………………….

**Terminy egzaminów przeprowadzonych przez akredytowanego egzaminatora w akredytowanym Laboratorium Egzaminacyjnym:** bezpośrednio po zakończeniu każdego modułu szkolenia.

**4. Koszt szkolenia na 1 osobę, w tym koszty egzaminów poszczególnych modułów wchodzących  
w skład ECDL (BASE)**

słownie zł: ………………………………………………………………………………….

koszt osobogodziny zł: …………………………..

**5. Kwalifikacje i doświadczenie kadry dydaktycznej:** załącznik nr 5

**6. Miejsce szkolenia:**

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

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

- zajęcia praktyczne

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

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

**7. Dostosowanie ilości i jakości pomieszczeń oraz stan wyposażenia w sprzęt i pomoce dydaktyczne do potrzeb określonego szkolenia, z uwzględnieniem bezpiecznych i higienicznych warunków realizacji szkolenia:**

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

**8. Posiadane certyfikaty jakości usług:**

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

**9. Sposób sprawdzania efektów szkolenia:**

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

**10**. **Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji:**

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

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

**Instytucja szkoleniowa oświadcza, że:**

1. Posiada uprawnienia do prowadzenia określonego szkolenia, jeśli przepis tak stanowi,
2. Posiada wpis do rejestru instytucji szkoleniowych prowadzonego przez wojewódzki urząd pracy właściwy ze względu na siedzibę instytucji szkoleniowej

………………………………………………….

/podpis i pieczątki imienne osób upoważnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy/

**DANE DOTYCZĄCE INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa instytucji szkoleniowej |  |
| Adres instytucji szkoleniowej |  |
| Siedziba WUP i numer wpisu  do rejestru instytucji szkoleniowych |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| EKD/PKD |  |
| Numer konta |  |
| Nazwa Banku |  |
| Osoby upoważnione  do podpisywania umów |  |
| Imię, nazwisko i nr tel. kontaktowy osoby upoważnionej do kontaktów |  |
| Adres strony internetowej |  |
| Adres poczty elektronicznej |  |

………………………………………………….

/podpis i pieczątki imienne osób upoważnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy/