*Załącznik nr 2 do SWZ*

…………………………………………

/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 10/.

Liczba godzin ogółem: …………. w tym:

- zajęcia teoretyczne ……………

- zajęcia praktyczne …………….

**3**. **Planowany** **termin rozpoczęcia szkoleń** /od – do/

I szkolenie liczące grupę 15 osobową: wrzesień/październik 2023 r.

II szkolenie liczące grupę 15 osobową: luty 2024 r.

**Termin egzaminów końcowych:** bezpośrednio po zakończeniu każdego szkolenia

**4. Koszt dwóch szkoleń liczących łącznie 30 osób, zgodny z preliminarzem kosztów szkolenia**

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

**Koszt szkolenia na 1 osoby, w tym koszt egzaminu państwowego przed Komisją powołaną przez jednostkę uprawnioną do walidacji, egzaminowania i certyfikacji prowadzącego do uzyskania kwalifikacji zawodowych w zawodzie opiekunki osób starszych i niepełnosprawnych**

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

koszt osobogodziny zł: ……………………………………………………………………………

**5. Kwalifikacje i doświadczenie kadry dydaktycznej: /**załącznik nr 8/

**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:**

a) posiada uprawnienia do prowadzenia określonego szkolenia, jeśli przepis tak stanowi,

b) posiada wpis do rejestru instytucji szkoleniowych prowadzonego przez wojewódzki urząd pracy właściwy ze względu na siedzibę instytucji szkoleniowej

c) posiadają akt powołania Centrum Walidacji, Egzaminowania i Certyfikacji, co stanowi potwierdzenie posiadania przez Wykonawcę uprawnień do walidacji, egzaminowania i certyfikacji prowadzących do uzyskania kwalifikacji zawodowych w powyższym zawodzie,

d) posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,

e) znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,

f) posiada doświadczenie tj. zrealizowała w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert co najmniej 1szkolenia w zakresie przedmiotu zamówienia,

g) zapoznała się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia zamieszczonymi w SWZ wraz z załącznikami,

h) zrealizuje zamówienie zgodnie z SWZ i postanowieniami umowy,

i) akceptuje zasady korzystania z Platformy e-Zamówienia wskazane w Instrukcji użytkownika i SWZ,

j) pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadcza, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty i złożone oświadczenia opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień składania ofert (art. 297 kk).

………………………………………………….

/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/