

pieczęć firmowa wykonawcy

Kwestionariusz szkolenia		
Nazwa instytucji szkoleniowej:		
Województwo :	Miasto :	Ulica :
Kod pocztowy :	Numer tel.:	E - mail :
	Numer faksu:	
NIP:	REGON:	EKD: PKD:
Adres internetowy (URL):		
Imię i nazwisko osoby upoważnionej do złożenia oferty szkoleniowej <i>(w przypadku osoby upoważnionej proszę załączyć stosowne pełnomocnictwo):</i>		
Podstawa prawna działalności szkoleniowej – rodzaj wydanych dokumentów <i>(proszę wymienić jakie):</i>		
1.		
2.		
Proszę załączyć dokumenty i oświadczenia wyrażone w pkt. 7.1a i pkt. 7.2b Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia		
Zaświadczenie o wpisie instytucji szkoleniowej do rejestru instytucji szkoleniowych zostało wystawione przez Wojewódzki Urząd Pracy w pod numerem ewidencyjnym w dniu (zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy i Rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 października 2004r w sprawie rejestru instytucji szkoleniowych).		
Posiadane certyfikaty jakości usług np.: certyfikat systemu zarządzania jakością kształcenia/szkolenia wydany na podstawie międzynarodowych norm ISO, akredytacja kuratora oświaty, standard HACCP, certyfikat dla szkół językowych PASE lub inny znak jakości (oryginał lub czytelna kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez wykonawcę podpisującego ofertę lub osobę upoważnioną do składania oferty). Certyfikat jakości usług może dotyczyć zarówno kierunku szkolenia (części zamówienia) jak również Wykonawcy jako instytucji szkoleniowej <i>(proszę wymienić jakie oraz załączyć oryginał lub czytelną kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez wykonawcę podpisującego ofertę lub osobę upoważnioną do składania oferty):</i>		
1.		
2.		
3.		
Nazwa kierunku kształcenia :		
Wymagania wstępne dla uczestników szkolenia <i>(np.: badania) :</i>		

Czas trwania kursu:

- a) w godzinach zegarowych ogółem,
w tym : zajęcia teoretyczne,
zajęcia praktyczne,

Miejsce (dokładny adres) prowadzenia szkolenia teoretycznego:**Miejsce (dokładny adres) prowadzenia szkolenia praktycznego:****Liczba osób w grupie :**

- a) zajęcia teoretyczne,
b) zajęcia praktyczne,
c) liczba osób pracujących przy jednym stanowisku podczas zajęć praktycznych :

Jaki prowadzony będzie nadzór wewnętrzny służący podnoszeniu jakości prowadzonego szkolenia:**W jaki sposób instytucja stara się pomóc w znalezieniu pracy przez osoby kończące powyższy kurs :****Sposób sprawdzenia efektów szkolenia** (np.: testy, egzaminy kontrolne w trakcie realizacji modułów, ankiety, egzamin końcowy):**Rodzaj uprawnień i typ dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu:**

proszę dołączyć wzór dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia i uzyskania kwalifikacji oraz innego obowiązującego dokumentu (np.: certyfikatu)

Forma zakończenia nauki :

1 – egzamin wewnętrzny

3 - zaliczenie całego programu

2 - egzamin państwowy

4 - inne (jakie)

.....
data, podpis , pieczęć imienna wykonawcy(ów)
lub osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy