



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Pułtusk
ul. 3 Maja 20, 06-100 Pułtusk
Tel. (023)6925483, fax (0-23)6920099
e-mail: pcpr_pultusk@interia.pl

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Załącznik Nr 2 do SIWZ

pieczęć Wykonawcy

OFERTA

Dotycząca przeprowadzenia szkolenia dla ogółem uczestników w zakresie

.....

1. Nazwa instytucji przystępującej do przetargu

.....
.....

Adres:

.....

Nr telefonu:

.....

Nr faksu

.....

E-mail:

.....

2. Forma organizacyjno – prawna prowadzonej działalności

.....

3. Szkolenie będzie prowadzone w systemie*:

- a) stacjonarnym,
- b) innym (opisać jakim)

.....

4. Szkolenie będzie zakończone*:

- a) egzaminem kwalifikacyjnym,
- b) wydaniem zaświadczenia /certyfikatu, dyplomu/,
- c) możliwością uzyskania świadectwa, uprawnień specjalnych (wpisać jakich)

.....

5. Program nauczania odpowiadający wymaganiom szkoleniowym



.....
został opracowany przez

zatwierdzony przez

w dniu

6. Termin szkolenia

.....
7. Miejsce odbywania się zajęć teoretycznych /adres/

.....
8. Miejsce odbywania się zajęć praktycznych /adres/

.....
9. Czas szkolenia jednej osoby wynosi: godzin,godz./dz.

- w tym zajęcia teoretyczne godzin,godz./dz.

- w tym zajęcia praktyczne godzin,godz./dz.

10. Liczba uczestników szkolenia przypadająca na jedno stanowisko praktycznej nauki zawodu wynosi.....

11. Wyposażenie stanowiska szkoleniowego:

.....
12. Materiały szkoleniowe do zajęć teoretycznych, które zapewnia instytucja szkoląca każdemu uczestnikowi kursu:

.....
13. Materiały szkoleniowe do zajęć praktycznych, które zapewnia instytucja szkoląca każdemu



uczestnikowi kursu:

.....
.....
.....
.....
.....

14. Zajęcia teoretyczne i praktyczne prowadzone będą przez kadrę wymienioną w załączniku nr 4.

15. Charakterystyka danego zawodu, cech psychofizycznych i zdrowotnych, jakimi powinien dysponować kandydat do tego zawodu

.....
.....
.....

16. Optymalna liczba uczestników w jednej grupie

.....

17. **Całkowity koszt szkolenia brutto (PLN) wszystkich uczestników** (z uwzględnieniem kosztów badania lekarskiego (*jeśli dotyczy*) oraz kosztów zewnętrznego egzaminu państwowego)

.....(zaokrągać do 2 miejsc po przecinku)

Słownie:.....
.....

18. Całkowity koszt szkolenia jednego uczestnika (PLN).....

Słownie:.....
.....

19. Nadzór nad kursem sprawuje:

- imię, nazwisko

.....

- pełniona funkcja

.....

- instytucja

.....

- nr telefonu



.....
20. Zaplecze socjalne – krótki opis:
.....
.....
.....
.....
.....

21. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym

- imię i nazwisko
.....

- adres do korespondencji
.....
.....

- tel.

- fax.

- e-mail

22. Oferta nasza zawiera łącznie stron ponumerowanych.

Podana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia oraz dodatkowymi pracami, które są niezbędne do realizacji zamówienia.

Oświadczamy, iż uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ.

Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy na realizację tego zamówienia publicznego o treści zgodnej ze wzorem umowy zawartym w załączniku Nr 6 do SIWZ oraz w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

.....
miejsowość, dnia

.....
podpis Wykonawcy lub osoby
upoważnionej do występowania
w imieniu Wykonawcy

* właściwe zaznaczyć