**Załącznik nr 4 do Wniosku**

|  |  |
| --- | --- |
| **OFERTA REALIZATORA**  **(wypełnia jednostka szkoląca / egzaminująca / organizator studiów podyplomowych)** | |
| **Nazwa i adres Realizatora:** | |
|  | |
| **NIP Realizatora:** | **REGON Realizatora:** |
|  |  |
| **Numer telefonu:** | **e-mail:** |
|  |  |
| **Miejsce/a realizacji kształcenia ustawicznego (adres):** | |
|  | |
| **Forma kształcenia ustawicznego:** | |
| * Kurs * Studia podyplomowe * Egzamin umożliwiający uzyskanie dyplomu potwierdzającego nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych   *\*właściwe podkreślić* | |
| **Nazwa kształcenia ustawicznego:** | |
|  | |
| **Certyfikaty jakości usług kształcenia ustawicznego posiadane przez Realizatora**  *(należy podać pełną nazwę organu certyfikującego, numer, datę ważności certyfikatu i dokładną nazwę certyfikatu* oraz **załączyć kopie certyfikatów potwierdzonych za zgodność z oryginałem):** | |
|  | |
| **Opis doświadczenia i kwalifikacji Realizatora (w tym kadry dydaktycznej) z zakresu oferowanej usługi:** | |
|  | |
| **\* W przypadku kursu należy wskazać nazwę dokumentu, na podstawie którego Realizator jest uprawniony do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego**  *(należy podać nazwę organu certyfikującego, numer ewidencyjny i datę wpisu oraz wskazać publiczny rejestr elektroniczny dla w/w dokumentu, a w przypadku gdy informacja o dokumencie nie jest dostępna w publicznym rejestrze elektronicznym należy**dołączyć do oferty kopię dokumentu potwierdzonego za zgodność z oryginałem):* | |
|  | |
| 1. **Czas trwania i sposób organizacji kształcenia ustawicznego:** | |
| 1. liczba godzin **ogółem (zegarowych)**przypadających na 1 uczestnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   w tym zajęcia teoretyczne: \_\_\_\_\_\_\_\_ godz., praktyczne: \_\_\_\_\_\_\_\_ godz.   1. liczba semestrów w przypadku studiów podyplomowych: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. **Termin realizacji formy wsparcia** | |
| od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. **Sposób organizacji\*:** | |
| 1. indywidualny 2. grupowy*\*właściwe podkreślić* | |
| 1. **Wymagania wstępne dla uczestników** *(należy wypełnić w przypadku kursu lub egzaminu):* | |
| 1. badania lekarskie i/lub psychologiczne  TAK  NIE   (jeśli są wymagane proszę wpisać rodzaj badań): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. inne wymagania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. **Dokumenty potwierdzające kompetencje nabyte przez uczestnika kształcenia ustawicznego:** | |
| 1. Zgodne z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych z dnia 11 stycznia 2012 r.    TAK  NIE   1. **Inne** *(w przypadku, gdy dokument potwierdzający kompetencje uczestnika wynika z przepisów powszechnie obowiązujących należy podać publikator np. dziennik ustaw, rozporządzenie jak również rocznik jego wydania oraz nr/poz.)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Do oferty należy dołączyć **wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika**  *(o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących)* | |
| 1. **Cena usługi kształcenia ustawicznego w zł w przeliczeniu na 1 uczestnika:** | |
| |  | | --- | | 1. netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   ***Należy wskazać koszt kursu bez podatku VAT****, w związku ze zwolnieniem z podatku od towarów i usług kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowanych w* ***co najmniej 70% ze środków publicznych*** *na podstawie § 3 ust. 1 pkt. 14 Rozporządzenia Ministra Finansów z 20 grudnia 2013 r. w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień  (Dz. U. z 2018 r. poz. 701).*  ***Z ww. podatku nie są zwolnione:***   1. *egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych sfinansowanych ze środków KFS, chyba że stanowią integralna część usługi szkoleniowej (kursu).* 2. *badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej.* | | |
| **Oświadczam, że posiadam / nie posiadam\*** bezpośrednich lub pośrednich powiązań z osobami lub podmiotami wpisanymi na listę sankcyjną Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.  Niniejsze oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.  Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.  *\*niepotrzebne skreślić* | |
| **Do oferty wymagane jest dołączenie:**   * w przypadku kursu - programu kursu stanowiącego Załącznik nr 5 do Wniosku, który wypełnia Realizator kursu * w przypadku studiów podyplomowych - programu studiów podyplomowych sporządzonego przez Realizatora studiów podyplomowych * w przypadku egzaminu - opisu celu oraz zakresu egzaminu teoretycznego i praktycznego sporządzonego przez Realizatora egzaminu | |
| …………….…............................................  *(data, pieczęć i podpis Realizatora)* | |