**Załącznik Nr 5**

**DANE DOTYCZĄCZE SZKOLENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nazwa szkolenia** | **„Kurs rachunkowości od podstaw z obsługa programów Płatnik, Symfonia, Optima"** |
|  | **Nr aktualnego wpisu do RIS na rok 2024 wydanego przez WUP** | Nr …………………………………………………………………... |
|  | **Miejsce szkolenia**  **(kod, miejscowość, ulica, numer)** | .……………..…………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………… |
|  | **Wykaz usług Doświadczenie instytucji szkoleniowej w realizacji szkoleń z obszaru zlecanego** | Przeprowadzone szkolenia z obszaru zleconego w okresie ostatnich **3 lat** poprzedzających datę wysłania zaproszenia do złożenia oferty **(podać nazwę i termin szkolenia)**   * + 1. Temat przeprowadzonego szkolenia…………………..…………………………… ………………………………………………………………………………………….…….…….....   Termin przeprowadzonego szkolenia……………………………….………………..  Liczba uczestników ………………………...Liczba godz. ……..……………  Podmiot dla którego przeprowadzono szkolenie………..……………… …………………………………………………………………………………………………..…….. |
|  | 1. **Jakość oferowanego programu szkolenia, w tym wykorzystywanie standardów kwalifikacji zawodowych i modułowych programów szkoleń zawodowych, dostępnych w bazach danych** 2. **0 - 10 pkt** | ***–*** *proszę* ***zakreślić*** *właściwą odpowiedź**„*⊠*”****.***  **Program szkolenia jest zgodny z wymogami** określonymi w Rozporządzeniu oraz w razie możliwości wykorzystanie standardów kwalifikacji zawodowych i modułowych programów szkoleń zawodowych, dostępnych w bazach danych prowadzonych przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej (https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow) lub **w przypadku szkoleń, których programy określone są odrębnymi przepisami, programy przedstawione przez instytucje szkoleniową muszą być z nimi zgodne -10 Pkt**  **……………………………………………………………………………………………………………**  **nazwa zawodu i kod zawodu**  **Pogram szkolenia niezgodny z wymogami** określonymi w Rozporządzeniu lub w przypadku szkoleń, których programy określone są odrębnymi przepisami, programy przedstawione przez instytucje szkoleniową nie są z nimi zgodne lub **jego brak** **– 0 Pkt**  Brak zakreślenia będzie skutkowało przyznaniem 0 pkt. |
|  | **WYKAZ OSÓB, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**  **0 - 30 pkt** | 1. Wykładowca do realizacji zajęć teoretycznych i praktycznych   Imię i nazwisko………………………………………………………………….…..  Poziom i kierunek wykształcenia:……………………………………………………. ………………………………………………………………………………………….……………………  Doświadczenie:  Nazwa szkolenia……………………………..………. Liczba: godz. ….. Ilość osób…..  Nazwa szkolenia……………………………..………. Liczba: godz. ….. Ilość osób…..  Nazwa szkolenia……………………………..………. Liczba: godz. ….. Ilość osób…..  Nazwa szkolenia……………………………..………. Liczba: godz. ….. Ilość osób…..  Nazwa szkolenia……………………………..………. Liczba: godz. ….. Ilość osób…..     1. Wykładowca do realizacji zajęć teoretycznych i praktycznych   Imię i nazwisko………………………………………………………………….…..  Poziom i kierunek wykształcenia ………………………………………………………….  Doświadczenie:  Nazwa szkolenia……………………………..………. Liczba: godz. ….. Ilość osób…..  Nazwa szkolenia……………………………..………. Liczba: godz. ….. Ilość osób…..  Nazwa szkolenia……………………………..………. Liczba: godz. ….. Ilość osób…..  Nazwa szkolenia……………………………..………. Liczba: godz. ….. Ilość osób…..  Nazwa szkolenia……………………………..………. Liczba: godz. ….. Ilość osób….. |
|  | **Certyfikaty jakości usług posiadane przez instytucję szkoleniową**  **0 - 10 pkt** | Oświadczam, że posiadam/nie posiadam\* Certyfikat/akredytację: ………..……………………………..…………………nr…………….……….. wydany w dniu……………………., ważny do ……………………… |
| Posiadam/nie posiadam\* akredytację/i Kuratora Oświaty, data przyznania:……………..……………..……, zakres kształcenia: ………………………………………………………............................................………………………………………………………............................................  Posiadam/nie posiadam\* inne certyfikaty zgodne tematycznie z zakresem szkolenia: ……………….……………….………………………………………… …………………………….……………...………………………………………………………....……  Nazwa certyfikatu |
|  | **Dostosowanie wyposażenia dydaktycznego i pomieszczeń do potrzeb szkolenia z uwzględnieniem bezpiecznych i higienicznych warunków realizacji szkolenia**  **0 - 20 pkt** | 1. **Szczegółowy opis miejsca odbywania szkolenia** dla określonej w ofercie szkoleniowej grupy osób z uwzględnieniem bezpiecznych i higienicznych warunków realizacji szkolenia (wielkość sali, klimatyzacja, dostęp do węzła sanitarnego itp.) …….…………………………………………………………………..……………………………...   ..............................................................................................................  ..............................................................................................................  ..............................................................................................................   1. **Opis wyposażenia w sprzęt audiowizualny i materiały dydaktyczne** niezbędne do przeprowadzenia zajęć teoretycznych i praktycznych: Sprzęt audiowizualny: ………………….……………………………………………….….   .............................................................................................................. .............................................................................................................. Materiały dydaktyczne (inne niż przekazane na własność uczestnikom):…………………………………………………………………………………… …………………………………..……................................................................... .............................................................................................................. .............................................................................................................. |

............................………dnia…...………… ……................................................................

*Miejscowość podpis i pieczęć osób wskazanych w*

*dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo*