

.....  
(pieczęć instytucji szkoleniowej)

## FORMULARZ OFERTY REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA

### I. Dane dotyczące realizatora usługi kształcenia ustawicznego

<b>1. Nazwa realizatora usługi kształcenia ustawicznego</b>	
<b>2. Adres realizatora usługi kształcenia ustawicznego</b>	
<b>3. Numer telefonu</b>	
<b>4. Numer fax</b>	
<b>5. E-mail</b>	
<b>6. NIP</b>	
<b>7. REGON</b>	
<b>8. PKD</b>	

### II. Posiadamy certyfikat/y jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego

<input type="checkbox"/> tak, proszę podać jakie :
<input type="checkbox"/> nie

### III. Posiadamy dokument na podstawie którego prowadzimy pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego

<input type="checkbox"/> tak, proszę podać jaki :
<input type="checkbox"/> nie

### IV. Oferta cenowa:

<b>Całkowity koszt szkolenia dla 1 osoby (brutto)</b>	.....złotych (w tym .....% VAT.) <sup>1</sup> słownie:.....złotych
<b>Koszt osobogodziny szkolenia</b>	.....złotych słownie: .....złotych

<sup>1</sup> Usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania sfinansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych oraz świadczenie usług i dostawy towarów ściśle z tymi usługami związanymi zwolnione są od podatku od towarów i usług (§ 3, ust. 1 pkt. 14 rozporządzenia ministra finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień

# PROGRAM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO / ZAKRESU EGZAMINU

## 1. Nazwa szkolenia:

.....

## 2. Czas trwania szkolenia i sposób organizacji szkolenia.

<b>Termin szkolenia</b>	od ..... do .....
<b>Liczba godzin edukacyjnych ogółem (czas szkolenia jednej osoby):</b> ..... w tym: a) zajęcia teoretyczne: ..... b) zajęcia praktyczne: .....	

## 3. Wymagania wstępne dla uczestników szkolenia:

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

## 4. Uzyskane kwalifikacje i umiejętności po pozytywnym zakończeniu kursu przez uczestnika:

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

## 5. Przewidziane sprawdziany i egzaminy.

**Egzaminy** (właściwe zaznaczyć):

- egzamin wewnętrzny przeprowadzony przez instytucję szkoleniową
- egzamin państwowy przed komisją (podać nazwę komisji).....,
- inna forma zaliczenia, proszę wpisać jaka:  
.....



Zgodnie z art. 14 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) Powiatowy Urząd Pracy Łódź-Wschód informuje, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowy Urząd Pracy Łódź-Wschód, ul. Częstochowska 40/52, 93-121 Łódź, tel. 42 253-15-00**
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: [iod@synergiaconsulting.pl](mailto:iod@synergiaconsulting.pl)
- 3) Cel przetwarzania danych osobowych: weryfikacja realizacji umowy o finansowanie działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy z Krajowego Funduszu Szkoleniowego jaka wiąże Administratora z Pracodawcą – podstawa prawna Art. 6 ust.1 lit b) i Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r w związku z art. 33 ust. 5a i 5b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- 4) Kategorie danych osobowych przetwarzanych przez Administratora: dane kontaktowe, dane pracownicze.
- 5) Źródło pochodzenia danych osobowych: pracodawca.
- 6) Odbiorcami danych osobowych są / będą podmioty uprawnione do uzyskiwania danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów, m.in. minister właściwy ds. pracy, organy ścigania i organy egzekucyjne.
- 7) Okres przechowywania danych: 50 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zakończono udzielanie pomocy.
- 8) Posiada Pan / Pani prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia i ograniczenia przetwarzania.
- 9) Posiada Pan / Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego jeśli Pana / Pani zdaniem, przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.
- 10) Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.