

**Załącznik Nr 1**

 Kielce, dn. 22.09.2016r.

**FORMULARZ OFERTY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia:** | **Obsługa techniczna szkolenia zmierzającego do podniesienia poziomu bezpieczeństwa kadry pomocy społecznej:****Propozycja terminów szkoleń:****Grupa 1**…………………………………………..**Grupa 2**…………………………………………..**Zamawiający:** Województwo Świętokrzyskie z siedzibą w Kielcach, Al. IX Wieków  Kielc 3, 25 – 516 Kielce.**Wykonawca: ………………………………………………………………………….****Liczba uczestników :** 40 osób (2 grupy po 20 osób) + 2 trenerów dla każdej z grup**Liczba godzin szkoleniowych:** 16 godzin/2 dni**Godziny szkoleń:** rozpoczęcie pierwszego dnia nie wcześniej niż godz**. 900** zakończenie szkolenia dnia drugiego nie później niż godz. **1500** |
| **Wyżywienie**:  | **Proszę przedstawić przykładowe menu (*lub w formie załącznika*):****1 dzień**…………………………………………..**2 dzień**…………………………………………..**Ostateczne menu zostanie ustalone w porozumieniu z Zamawiającym każdorazowo przed rozpoczęciem szkoleń**. |
| **Cena szkolenia:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Cena netto** | **Cena brutto** |
| **Cena jednostkowa\*** |  |  |
| **Cena zbiorcza\*\*** |  |  |

**\***cena w przeliczeniu na jednego uczestnika szkolenia zawiera opłaty jakie poniesie Zamawiający, czyli: nocleg, wyżywienie, sala szkoleniowa, parking, i inne niezbędne uzasadnione do przeprowadzenia szkolenia. Cena jednostkowa liczona: cena jednostkowa x liczba osób = cena zbiorcza\*\* cena zbiorcza obejmuje wszystkie wydatki jakie poniesie Zamawiający przy przeprowadzeniu szkolenia **Rozliczenie nastąpi na podstawie faktycznego wykorzystania, co oznacza, że Wykonawca obciąży Zamawiającego kwotą wynikająca z faktycznej liczby uczestników korzystających z wyżywienia oraz noclegów.** |
| **Informacje dotyczące możliwości realizacji szkolenia w wyznaczonym terminie, posiadania sali ze sprzętem niezbędnym do przeprowadzenia szkolenia.** |  |

………………………………………………

Data i podpis Wykonawcy

 data i podpis Dyrektora Departamentu

………………………………………..

data i podpis Kierownika Oddziału

………………………………………

 Kielce dn. 30.09.2015 r.

 Sporządzający: Paulina Woźniak