***Załącznik 3***

**FORMULARZ OFERTOWY O SZKOLENIU W RAMACH KFS**

1. Nazwa realizatora usługi kształcenia ustawicznego :…………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………….

1. Siedziba :…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….

1. Nr telefonu, faxu : ……………………………………………………………………………….
2. Adres e-mail: ………………………………………………………………………….................
3. NIP: …………………………………………..REGON:………………………………………..
4. Rodzaj prowadzonej działalności wg PKD:……………………………………...
5. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego, a w przypadku kursów – posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych ***(należy wskazać numery z właściwych rejestrów lub dołączyć potwierdzone „za zgodność z oryginałem” kopie),*** ……………………………………………………………………………………………
6. Nazwa szkolenia: ………………………………………………………………………..
7. Miejsce szkolenia: ……………………………………………………………………….
8. Liczba godzin dydaktycznych ogółem: ………………………………………………….
9. Termin szkolenia od………………………………do……………………………………
10. Koszt szkolenia jednego uczestnika ……………………………………………………..
11. Całkowity koszt szkolenia za wszystkich uczestników szkolenia………..……………..

(słownie złotych…………………………………………………………………………)

1. Koszt osobogodziny szkolenia: ………………………………………………………….

słownie złotych: ………………………………………………………………………......

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  MIEJSCOWOŚĆ I DATA |  | PIECZĘĆ I PODPIS REALIZATORA KURSU |

 ***Załącznik 3***

**FORMULARZ OFERTOWY STUDIÓW PODYPLOMOWYCH W RAMACH KFS**

1. Nazwa realizatora studiów podyplomowych :…………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

1. Siedziba :………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

1. Nr telefonu, faxu : ……………………………………………………………………………..
2. Adres e-mail: ………………………………………………………………………….............
3. NIP: …………………………………………..REGON:…………………………………….
4. Rodzaj prowadzonej działalności wg PKD:……………………………………...........
5. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego (należy dołączyć potwierdzone „za zgodność z oryginałem” kopie) ………………………………………………………………………………………….
6. Pełna nazwa kierunku studiów podyplomowych : ……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. Miejsce zajęć : …………………………………………………………………………………
2. Liczba godzin dydaktycznych ogółem: ……………………………………………………….
3. Termin rozpoczęcia i zakończenia zajęć od……………………… do………………………..
4. Liczba semestrów studiów podyplomowych ***wraz z czasem trwania poszczególnych semestrów***

………………………………………………………………………………………………….

1. Całkowity koszt studiów: ………………………...………………………………………….

(słownie złotych………………………………………………………………………………)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  MIEJSCOWOŚĆ I DATA |  | PIECZĘĆ I PODPIS REALIZATORA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH |

* **Do formularza należy dołączyć dokument potwierdzający powyższe dane, podpisany przez wybraną uczelnię.**