

## PROGRAM SZKOLENIA

Nazwa instytucji szkoleniowej		
Osoba reprezentująca firmę przy podpisywaniu umowy		
województwo	miasto	kod pocztowy
ulica		Nr telefonu / nr fax.
Miejsce – adres szkolenia		Miejsce adres szkolenia praktycznego
Nazwa i zakres szkolenia		
<p>Czas trwania szkolenia ( nie mniej niż 25 godzin zegarowych w tygodniu) i sposób organizacji szkolenia:  Termin szkolenia: od ..... do .....</p> <p>Ilość godzin szkolenia: .....</p> <p>- Godzin praktycznych: .....</p> <p>- Godzin teoretycznych: .....</p> <p>Godziny w rozbiciu na poszczególne miesiące kalendarzowe:</p> <p>..... - .....h</p> <p>..... - .....h</p> <p>..... - .....h</p> <p>Koszt osobo godziny: .....</p> <p>Cena za uczestnika szkoleni: .....</p> <p>Materiały dydaktyczne jakie uczestnicy szkolenia otrzymają na własność:  .....</p> <p>Wykaz literatury: .....</p> <p>Kwalifikacje kadry dydaktycznej: .....</p> <p>.....</p> <p>Wymagania wstępne dla uczestników szkolenia: .....</p> <p>.....</p> <p>Rodzaj niezbędnych badań lekarskich stwierdzających zdolność kandydata do uczestnictwa w szkoleniu  .....</p>		

Cele szkolenia

Plan nauczania

Temat zajęć edukacyjnych	Treść szkolenia w ramach poszczególnych zajęć edukacyjnych	Ilości godzin teoretycznych	Ilość godzin praktycznych

--	--	--	--

Nabyte kwalifikacje / rodzaj uprawnień/typ dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia:

Sposób sprawdzanie efektów szkolenia:

- praca końcowa\*
- egzamin\*
- zaliczenie całego programu\*
- aktywność\*
- frekwencja na zajęciach\*
- inne (jakie) .....

\*zaznaczyć właściwą

.....

( podpis i pieczęć kierownika szkolenia bądź osoby uprawnionej )

# PRELIMINARZ

**dot. kursu**

.....  
W terminie od ..... do .....

CENA KURSU NA JEDNEGO UCZESTNIKA: .....

CENA OBEJMUJE:

- ..... zł
- ..... zł
- ..... zł
- ..... zł

.....

( podpis i pieczęć kierownika szkolenia bądź osoby uprawnionej )