……………………………………

(pieczęć instytucji szkoleniowej

KALKULACJA KOSZTÓW SZKOLENIA

Nazwa szkolenia …………………………………………………………………………….

W kalkulacji kosztów szkolenia nie należy uwzględniać kosztów badań lekarskich!

| **L.p.** | **Rodzaj kosztu** | **Kwota** |
| --- | --- | --- |
| **1.** | Koszty zajęć praktycznych |  |
| **2.** | Koszty zajęć teoretycznych |  |
| **3.** | Koszt materiałów dydaktycznych |  |
| **4.** | Obsługa administracyjna szkolenia |  |
| **5.** | Koszty wynajmu/eksploatacji pomieszczeń |  |
| **6.** | Koszt egzaminu (jeżeli jest przewidziany lub gdy zamawiający określi to w zapytaniu o ofertę szkoleniową) |  |
| **7.** | Koszt ubezpieczenia uczestników (jeżeli zamawiający wymaga ubezpieczenia uczestników szkolenia) |  |
| **8.** | Inne ( jakie? )……………………….  (nie należy uwzględniać kosztów cateringu – chyba, że zamawiający określi wymagania w tym zakresie) |  |
| **KOSZT SZKOLENIA OGÓŁEM:** | |  |
| Koszt szkolenia jednej osoby | |  |
| Koszt jednej osobogodziny | |  |

**Instytucja Szkoleniowa** obowiązana jest ubezpieczyć od następstw nieszczęśliwych wypadków uczestników szkolenia wskazanych przez Zamawiającego tj.:

* osoby które w trakcie szkolenia podjęły zatrudnienie, inna prace zarobkową lub działalność gospodarczą, i którym przysługuje stypendium o którym mowa w art. 41 ust 3b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.),
* osoby, którym nie przysługuje stypendium na podstawie art. 41 ust. 1 w związku z art. 41 ust 1b ustawy – pobierające zasiłek w okresie realizacji szkolenia

………………………………………….

……………………….………

/miejscowość, data/

/pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Instytucji Szkoleniowej