**ZAŁĄCZNIK NR 4 do UMOWY**

**Wykonawca:** …………………………………………………………………………………….

**Lista obecności uczestników**

**- szkolenie zawodowe ………………….. część zamówienia …..**

**w ramach projektu pn. ……………………..**

**realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kołobrzegu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp. | nazwisko i imię uczestnika/uczestniczki | czytelny podpis |
| data *(wpisać)*  | data *(wpisać)* | data *(wpisać)* | data *(wpisać)* |
| godziny *(wpisać)* | godziny *(wpisać)* | godziny *(wpisać)* | godziny *(wpisać)* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Uczestnicy każdorazowo potwierdzają obecność na zajęciach własnoręcznym podpisem**

……………………………………… …………………………………

(podpis i pieczątka Wykonawcy) (podpis osoby upoważnionej przez Zamawiającego)

**ZAŁĄCZNIK NR 5 do UMOWY**

**Wykonawca:** …………………………………………………………………………………….

**Potwierdzenie odbioru wyżywienia (jednodaniowy gorący posiłek obiadowy)**

**- szkolenie zawodowe ………………….. część zamówienia …..**

**w ramach projektu pn. ……………………..**

**realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kołobrzegu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp. | nazwisko i imię uczestnika/uczestniczki | czytelny podpis |
| data *(wpisać)* | data *(wpisać)* | data *(wpisać)* | data *(wpisać)* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Uczestnicy każdorazowo potwierdzają odbiór posiłku na zajęciach własnoręcznym podpisem**

……………………………………… …………………………………

 (podpis i pieczątka Wykonawcy) (podpis osoby upoważnionej przez Zamawiającego)

**ZAŁĄCZNIK NR 6 do UMOWY**

**Wykonawca:** …………………………………………………………………………………….

**Potwierdzenie odbioru materiałów szkoleniowych (w tym piśmienniczych)**

**- szkolenie zawodowe ………………….. część zamówienia …..**

**w ramach projektu pn. ……………………..**

**realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kołobrzegu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| lp. | nazwisko i imię uczestnika/uczestniczki | skrypt/książka o tematyce związanej z prowadzonymi zajęciami  | długopis | notes/zeszyt | inne *(wymienić jakie)*  |
| liczba sztuk | data odbioru  | czytelny podpis | liczba sztuk | data odbioru  | czytelny podpis | liczba sztuk | data odbioru  | czytelny podpis | liczba sztuk | data odbioru  | czytelny podpis |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Uczestnicy potwierdzają odbiór materiałów szkoleniowych własnoręcznym podpisem**

……………………………………… …………………………………

(podpis i pieczątka Wykonawcy) (podpis osoby upoważnionej przez Zamawiającego)

**Wykonawca:** …………………………………………………………………………………….

**Potwierdzenie odbioru obuwia i odzieży ochronnej oraz innych materiałów i środków niezbędnych do prawidłowego przebiegu szkolenia**

**- szkolenie zawodowe ………………….. część zamówienia …..**

**w ramach projektu pn. ……………………..**

**realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kołobrzegu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp. | nazwisko i imię uczestnika/uczestniczki | odzież, obuwie ochronne, inne środki i materiały niezbędne do prawidłowego przebiegu szkolenia  |
|  *(wymienić rodzaj)*  |  *(wymienić rodzaj)*  |  *(wymienić rodzaj)*  |  *(wymienić rodzaj)*  |
| liczba sztuk | data odbioru  | czytelny podpis | liczba sztuk | data odbioru  | czytelny podpis | liczba sztuk | data odbioru  | czytelny podpis | liczba sztuk | data odbioru  | czytelny podpis |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Uczestnicy potwierdzają odbiór materiałów szkoleniowych własnoręcznym podpisem**

……………………………………… …………………………………

(podpis i pieczątka Wykonawcy) (podpis osoby upoważnionej przez Zamawiającego)

**ZAŁĄCZNIK NR 7 do UMOWY**

**Imienny wykaz osób skierowanych do udziału w szkoleniu zawodowym ……………… część zamówienia …..**

**w ramach projektu pn. ……………………..**

**realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kołobrzegu**

|  |  |
| --- | --- |
| lp. | imię i nazwisko uczestnika/uczestniczki  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

………………………………… …………………………………

 data podpis osoby upoważnionej przez Zamawiającego

**Wykonawca:** …………………………………………………………………………………….

otrzymał wykaz w dniu …………………………………

 …………………………………

 (podpis i pieczątka Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 8 do UMOWY**

**Raport z realizacji usługi szkoleniowej**

**- szkolenie zawodowe w zawodzie …………………**

przeprowadzonej w ramach projektu pn. ………………………….., realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kołobrzegu.

1. Wykonawca: ………………………………………………………………………………..
2. Nr i data zawarcia umowy: …………………………. z dnia …………………2013 roku
3. Zakres usługi (część zamówienia): ……………………………………………..
4. Termin realizacji usługi:

- termin rozpoczęcia szkolenia - …………………………………..

- termin zakończenia szkolenia - …………………………………..

1. Miejsce realizacji usługi:

- część teoretyczna szkolenia: ………………………………………..

- część teoretyczna szkolenia: ………………………………………..

1. Liczba zrealizowanych godzin usług:

- część teoretyczna szkolenia: ………………………………………..

- część teoretyczna szkolenia: ………………………………………..

- podstawy języka niemieckiego: …………………………………….

łącznie: ………………………………….

1. Liczba uczestników szkolenia *(według załączonych list obecności):* ……………….
2. Cel szkolenia: …………………………………………………………………………….
3. Forma sprawdzenia wiedzy i umiejętności uczestników z poszczególnej tematyki przewidzianej w programie szkolenia (*czy przeprowadzono egzamin wewnętrzny, czy kwalifikacyjny, w jakiej formie i gdzie): ………………………………………..……………*
4. Poziom osiągnięcia celu szkolenia *(czy cel został osiągnięty, jeżeli nie lub nie w pełni, to z jakich przyczyn; czy program szkolenia został zrealizowany w pełni, jeżeli nie, to z jakich przyczyn; czy wszyscy uczestnicy uzyskali wynik pozytywny z egzaminu, jeżeli nie, to z jakich przyczyn)*:………………………………………………… .
5. Inne informacje istotne przy realizacji usług lub mające wpływ na ich jakość: ………………………………………………………………………………………………..

……………………………….. ………………………………….

 (miejscowość, data) (podpis i pieczątka Wykonawcy)

W załączeniu Wykonawca przedkłada  *(należy podać rodzaj dokumentów i ich liczbę - zgodnie z zapisami umowy na realizację usług):*

1.

2.

3.

4.

Wykonawca: ………………………………………………………………………………. zdaje, a Zamawiający - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kołobrzegu - przyjmuje wykonany przedmiot umowy nr …………………. z dnia ………………………… w postaci ……………………………… w ramach projektu pn. ………………………………………………

Raport sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla Zamawiającego i Wykonawcy

 WYKONAWCA: ZAMAWIAJĄCY:

……………………………… …………………………………….

 (data, podpis i pieczątka) (data, podpis i pieczątka)