



„Kompleksowe kwalifikacje!”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

FORMULARZ 2.1

OFERTA

(nazwa
Wykonawcy/Wykonawców)

Do: Zespół Szkół Technicznych i
Ogólnokształcących z Oddziałami
Integracyjnymi im. S. Staszica w
Białymstoku, ul. Sienkiewicza 57,
15-002 Białystok

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu na:
Organizacja szkoleń zwiększających wiedzę, umiejętności i kompetencje uczniów/uczennic kierunku technik masażysta w podziale na 3 Części

Nr ref: 26.2.2019

MY NIŻEJ PODPISANI

działając w imieniu i na rzecz

(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)
(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy(firmy)
i dokładne adresy wszystkich współników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)
mikro wykonawca/mały wykonawca/ średni wykonawca*

1. SKŁADAMY OFERTĘ na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z Ogłoszeniem w zakresie:

Część 1. Kurs Chromoterapia*

Część 2. Terapia widzenia dla uczniów słabo widzących*

Część 3. Kurs Masażu*

* niepotrzebne skreślić

2. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się z Ogłoszeniem oraz wyjaśnieniami i zmianami Ogłoszenia przekazanymi przez Zamawiającego i uznajemy się za związanych określonymi w nich postanowieniami i zasadami postępowania.

3.OFERUJEMY wykonanie przedmiotu zamówienia:

3.1. ***Część 1-** za cenę brutto: zł

(słownie:.....),
zgodnie z wypełnionym Formularzem cenowym

Informujemy, że (właściwe zakreślić):

- wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego**.

- wybór oferty będzie* prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów/ usług (w zależności od przedmiotu zamówienia):



„Kompleksowe kwalifikacje!”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Wartość towaru/ usług (w zależności od przedmiotu zamówienia) powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to _____ zł netto.

3.2. ***Część 2** - za cenę brutto: zł
(słownie:.....).

zgodnie z wypełnionym Formularzem cenowym

Informujemy, że (właściwe zakreślić):

- wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego**.
- wybór oferty będzie* prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów/ usług (w zależności od przedmiotu zamówienia):
_____.

Wartość towaru/ usług (w zależności od przedmiotu zamówienia) powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to _____ zł netto.

3.3. ***Część 3** - za cenę brutto: zł
(słownie:.....).

zgodnie z wypełnionym Formularzem cenowym

Informujemy, że (właściwe zakreślić):

- wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego**.
- wybór oferty będzie* prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów/ usług (w zależności od przedmiotu zamówienia):
_____.

Wartość towaru/ usług (w zależności od przedmiotu zamówienia) powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to _____ zł netto.

4. ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ do wykonania zamówienia w terminie określonym w Ogłoszeniu.

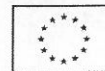
5. AKCEPTUJEMY warunki płatności określone przez Zamawiającego w Ogłoszeniu.

6. OŚWIADCZAMY, iż informacje i dokumenty zawarte na stronach nr od ___ do ___ stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, co wykazaliśmy w załączniku nr ___ do Oferty i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane.

7. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się z Istotnymi postanowieniami umowy zawartymi w Ogłoszeniu i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Ogłoszeniu, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

8. OŚWIADCZAMY, że **jesteśmy*/nie jesteśmy*** mikroprzedsiębiorstwem, małym lub średnim przedsiębiorstwem(zgodnie z definicją MŚP zawartą w Załączniku I do Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r.)

Uwaga:



„Kompleksowe kwalifikacje!”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln EURO,

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln EURO,

Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami, i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 mln EURO, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln EURO

9. WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ w sprawie przedmiotowego postępowania należy kierować na poniższy adres:

Imię i nazwisko:

firma:

adres _____

tel. _____ fax _____ e-mail: _____

10. OFERTĘ składamy na _____ stronach.

11. ZAŁĄCZNIKAMI do oferty, stanowiącymi jej integralną część są:

12. WRAZ Z OFERTĄ składamy następujące oświadczenia i dokumenty na ____ stronach:

_____ dnia ____ ____ roku

(podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)

* niepotrzebne skreślić



„Kompleksowe kwalifikacje!”
Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Formularz.2.2.

Formularz cenowy Część 1

Część 1. Kurs Chromoterapia

Lp.	A	B	C	D
	ZADANIE	Ilość uczestników	Cena jednostkowa brutto w PLN	Wartość brutto w PLN (B X C)
1	Szkolenie 1 uczestnika (zawiera całkowity koszt przeszkolenia 1 uczestnika)	6		
Cena oferty brutto				

....., dnia
(miejsowość)

.....
Wykonawca



„Kompleksowe kwalifikacje!”
Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Formularz.2.2.

Formularz cenowy Część 2

Część 2. Terapia widzenia dla uczniów słabo widzących

Lp.	A	B	C	D
	ZADANIE	Ilość uczestników	Cena jednostkowa brutto w PLN	Wartość brutto w PLN (B X C)
1	Szkolenie 1 uczestnika (zawiera całkowity koszt przeszkolenia 1 uczestnika)	7		
Cena oferty brutto				

....., dnia
(miejsowość)

.....
Wykonawca



„Kompleksowe kwalifikacje!”
Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Formularz.2.2.

Formularz cenowy Część 3

Część 3. Kurs Masażu

Lp.	A	B	C	D
	ZADANIE	Ilość uczestników	Cena jednostkowa brutto w PLN	Wartość brutto w PLN (B X C)
1	Szkolenie 1 uczestnika (zawiera całkowity koszt przeszkolenia 1 uczestnika)	6		
Cena oferty brutto				

....., dnia
(miejsowość)

.....
Wykonawca



„Kompleksowe kwalifikacje!”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

<p>(nazwa Wykonawcy/Wykonawców)</p>	<p>Dot. Części 1, 2, 3 INFORMACJE DOT. DOŚWIADCZENIA OSÓB Część Na każdą Część należy złożyć oddzielny Formularz</p>
-------------------------------------	---

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:
Organizacja szkoleń zwiększających wiedzę, umiejętności i kompetencje uczniów/uczennic kierunku technik masażysta w podziale na 3 Części:

Część 1. Kurs Chromoterapia

Część 2. Terapia widzenia dla uczniów słabo widzących

Część 3. Kurs Masażu

Funkcję osoby prowadzącej kurs/szkolenie/warsztaty/zajęcia:.....
(imię i nazwisko)

Ww. osoba posiada doświadczenie w realizacji następujących zadań:

1) **Prowadzenie** kursu/szkolenia/warsztatu/zajęć zwiększających umiejętności technika masażysty

.....
(podać nazwę, zakres)

2) **Prowadzenie** kursu/szkolenia/warsztatu/zajęć zwiększających umiejętności technika masażysty

.....
(podać nazwę, zakres)

3) **Prowadzenie** kursu/szkolenia/warsztatu/zajęć zwiększających umiejętności technika masażysty

.....
(podać nazwę, zakres)

4) **Prowadzenie** kursu/szkolenia/warsztatu/zajęć zwiększających umiejętności technika masażysty

.....
(podać nazwę, zakres)

5) **Prowadzenie** kursu/szkolenia/warsztatu/zajęć zwiększających umiejętności technika masażysty

.....



„Kompleksowe kwalifikacje!”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

(podać nazwę, zakres)

- 6) **Prowadzenie** kursu/szkolenia/warsztatu/zajęć zwiększających umiejętności technika masażysty

.....
(podać nazwę, zakres)

- 7) **Prowadzenie** kursu/szkolenia/warsztatu/zajęć zwiększających umiejętności technika masażysty

.....
(podać nazwę, zakres)

- 8) **Prowadzenie** kursu/szkolenia/warsztatu/zajęć zwiększających umiejętności technika masażysty

.....
(podać nazwę, zakres)

- 9) **Prowadzenie** kursu/szkolenia/warsztatu/zajęć zwiększających umiejętności technika masażysty

.....
(podać nazwę, zakres)

- 10) **Prowadzenie** kursu/szkolenia/warsztatu/zajęć zwiększających umiejętności technika masażysty

.....
(podać nazwę, zakres)

_____ dnia _____ roku

(podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)



„Kompleksowe kwalifikacje!”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Formularze dotyczące spełniania przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu/ wykazania braku podstaw do wykluczenia Wykonawcy z postępowania:

- Formularz 3.1. Oświadczenie Wykonawcy przesłanek dotyczące wykluczenia z postępowania;
- Formularz 3.2. Oświadczenie Wykonawcy dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu;
- Formularz 3.3. Wiedza i doświadczenie
- Formularz 3.4. Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp
- Formularz 3.5. Propozycja treści zobowiązania podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia



Formularz 3.1

Oświadczenie Wykonawcy

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.
Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Wykonawca:

_____ (pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

_____ (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

Organizacja szkoleń zwiększających wiedzę, umiejętności i kompetencje uczniów/uczennic kierunku technik masażysta w podziale na 3 Części:

Część 1. Kurs Chromoterapia*

Część 2. Terapia widzenia dla uczniów słabo widzących*

Część 3. Kurs Masażu*

* niepotrzebne skreślić

prowadzonego przez:

Zespół Szkół Technicznych i Ogólnokształcących z Oddziałami Integracyjnymi im. S. Staszica w Białymstoku, ul. Sienkiewicza 57, 15-002 Białystok

oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 oraz art. 24 ust. 5 pkt 4 ustawy Pzp.

_____ dnia __ __ __ roku

(podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 oraz art. 24 ust. 5 pkt 4 ustawy Pzp).



„Kompleksowe kwalifikacje!”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust.8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

.....
.....

_____ dnia ____ ____ roku

(podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/yh zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.:

.....
(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

_____ dnia ____ ____ roku

(podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)



Formularz 3.2

Oświadczenie wykonawcy

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.
Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Wykonawca:

_____ (pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

_____ (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

Organizacja szkoleń zwiększających wiedzę, umiejętności i kompetencje uczniów/uczennic kierunku technik masażysta w podziale na 3 Części:

Część 1. Kurs Chromoterapia*

Część 2. Terapia widzenia dla uczniów słabo widzących*

Część 3. Kurs Masażu*

* niepotrzebne skreślić

prowadzonego przez:

Zespół Szkół Technicznych i Ogólnokształcących z Oddziałami Integracyjnymi im. S. Staszica w Białymstoku, ul. Sienkiewicza 57, 15-002 Białystok

oświadczam, co następuje:

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt 7.2.1.a) Ogłoszenia o zamówieniu.

_____ dnia ____ ____ roku

_____ (podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:

Oświadczam, że w celu wykazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w pkt 7.2.1.a) Ogłoszenia o zamówieniu, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

.....
w następującym zakresie:

(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).

_____ dnia ____ ____ roku

_____ (podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)

Formularz 3.3



„Kompleksowe kwalifikacje!”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

(Nazwa Wykonawcy/Nazwy Wykonawców)	WIEDZA I DOŚWIADCZENIE
------------------------------------	-------------------------------

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

Organizacja szkoleń zwiększających wiedzę, umiejętności i kompetencje uczniów/uczennic kierunku technik masażysta w podziale na 3 Części:

Część 1. Kurs Chromoterapia*

Część 2. Terapia widzenia dla uczniów słabo widzących*

Część 3. Kurs Masażu*

* niepotrzebne skreślić

W celu oceny spełnienia warunków udziału w postępowaniu przedkładamy poniżej wykaz wykonanych najważniejszych usług tj. spełniających warunki podane w pkt. 7.2.1)a) Ogłoszenia.

Poz.	Nazwa Wykonawcy (podmiotu), wykazującego posiadanie doświadczenia	Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego usługi zostały wykonane	Wartość usługi	Opis zrealizowanych usług odpowiadających swym zakresem usługom wskazanym w pkt 7.2.1)a) Ogłoszenia	Termin zakończenia (dzień, miesiąc, rok)
1	2	3	4	5	6
1.					

UWAGA:

- 1) W przypadku, gdy Wykonawca wykazując spełnianie warunku polega na wiedzy i doświadczeniu innych podmiotów, na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy Pzp, zobowiązany jest udowodnić, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia, zgodnie z pkt 5.4.Ogłoszenia.
- 2) Wykonawca zobowiązany jest w odniesieniu do wykazanych usług załączyć dowody dotyczące ww usług, określające, czy usługi te zostały wykonane w sposób należyty

_____ dnia _____ roku

(podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)

Formularz 3.4



„Kompleksowe kwalifikacje!”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Formularz wymagany do złożenia w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy Pzp:

Oświadczenie

**o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej,
o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

Organizacja szkoleń zwiększających wiedzę, umiejętności i kompetencje uczniów/uczennic kierunku technik masażysta w podziale na 3 Części:

Część 1. Kurs Chromoterapia*

Część 2. Terapia widzenia dla uczniów słabo widzących*

Część 3. Kurs Masażu*

* niepotrzebne skreślić

w imieniu Wykonawcy:

/wpisać nazwę (firmę) Wykonawcy/

oraz w nawiązaniu do informacji zamieszczonej na stronie internetowej na podstawie art. 86 ust. 5 ustawy Pzp **oświadczam, że:**

*** nie należę do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp, co Wykonawcy, którzy złożyli oferty w niniejszym postępowaniu;**

*** należę tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp, co następujący Wykonawca/Wykonawcy, który/którzy złożył/złożyli ofertę/oferty w niniejszym postępowaniu:**

.....
.....

W załączeniu przekazuję następujące dokumenty/informacje potwierdzające, że powiązania pomiędzy mną a ww. Wykonawcą/Wykonawcami nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w niniejszym postępowaniu:

.....
.....

_____ dnia ____ ____ roku

(podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)

* niepotrzebne skreślić

UWAGA: niniejszy „Formularz” Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia przekazuje Zamawiającemu **w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji**, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy Pzp. W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia **składają każdy** z członków Konsorcjum lub wspólników spółki cywilnej.



„Kompleksowe kwalifikacje!”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Formularz 3.5.

PRZYKŁAD treści zobowiązania do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia złożone przez podmiot, z zasobów, którego Wykonawca będzie korzystał na zasadach określonych w art. 22a ust. 1 ustawy Pzp.

Zamiast niniejszego Formularza Zobowiązania można przedstawić inne dokumenty określające:

- 1) zakres dostępnych Wykonawcy zasobów innego podmiotu,
- 2) sposób wykorzystania zasobów innego podmiotu przy wykonywaniu zamówienia publicznego,
- 3) zakres i okres udziału innego podmiotu przy wykonywaniu zamówienia publicznego,
- 4) czy podmiot, na zdolnościach którego wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje roboty budowlane lub usługi, których wskazane zdolności dotyczą.

ZOBOWIĄZANIE

**do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów
na potrzeby realizacji zamówienia**

W imieniu _____
(wpisać nazwę i adres podmiotu)

zobowiązuję się do oddania swoich zasobów przy wykonywaniu zamówienia p.n.:

Organizacja szkoleń zwiększających wiedzę, umiejętności i kompetencje uczniów/uczennic kierunku technik masażysta w podziale na 3 Części:

Część 1. Kurs Chromoterapia*

Część 2. Terapia widzenia dla uczniów słabo widzących*

Część 3. Kurs Masażu*

* niepotrzebne skreślić

do dyspozycji Wykonawcy

(nazwa i adres Wykonawcy, któremu udostępniane są zasoby)

Oświadczam, iż:

a) udostępniam Wykonawcy nasze zasoby w zakresie:

.....
określenie zasoby –zdolność techniczna i zawodowa (doświadczenie osób)

.....
(należy podać informacje umożliwiające ocenę spełnienia warunków, określonych w pkt 7.2.1) , przez udostępniane zasoby)

.....
.....



„Kompleksowe kwalifikacje!”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- b) sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:

.....
.....

- c) zakres i okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:

.....
.....

- d) zrealizuję nw.usługi, których dotyczą udostępniane zasoby, odnoszące się do warunków udziału dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, na których polega Wykonawca:

.....
.....

_____ dnia __ __ _____ roku

(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu)

Nazwa szkolenia	Liczba dni - godzin	Liczba osób	Opis
Chromoterapia	4 dni – 32 godziny	6 uczniów	Realizacja kursu chromoterapii dla 6 uczniów (4 dni, 32 godziny), polegająca na stosowaniu różnych barw w leczeniu stanów chorobowych ciała i umysłu – terapia światłem, realizowana jako punktowe naświetlanie poszczególnych partii ciała wiązką światła o odpowiednich parametrach. Efekty uczenia się: - uczeń posiada praktyczny zakres wiedzy na temat chromoterapii i jej zastosowania; - uczeń potrafi samodzielnie stosować techniki i metody wykorzystywane w chromoterapii; - uczeń potrafi dobrać odpowiednie metody leczenia do schorzenia pacjenta; - uczeń potrafi samodzielnie stosować terapię światłem.
Terapia widzenia dla uczniów słabowidzących	6 x 32 godziny	7 uczniów	Zajęcia odbywają się raz w tygodniu, indywidualnie z każdym uczniem. Celem terapii jest usprawnienie wzroku poprzez: stymulowanie widzenia, pobudzanie do patrzenia, rozwijanie sprawności kontrolowania ruchów gałek ocznych, usprawnianie pamięci wzrokowej, rozwijanie koordynacji wzrokowo-ruchowej i wzrokowo-słuchowej.
Kurs masażu	4 dni	6 osób	Akredytowany 4-dniowy kurs masażu orientalnych, obejmuje praktyczną naukę masażu i zabiegów: I dzień RATNAABHYANGA, II dzień Masaż abhyanga, III dzień Masaż kijkami bambusowymi, IV Masaż dzień Shiatsu

Część 1.

- 1) Zajęcia mają odbywać się w siedzibie Zamawiającego.
- 2) Okres szkoleniowy – weekendowo.
- 3) Sprzęt do realizacji szkolenia zapewnia Zamawiający. Materiały szkoleniowe papiernicze (książki, broszury, opisy, wydruki) zapewnia Wykonawca.
- 4) Po ukończeniu szkolenia uczestnicy otrzymają certyfikat.

Część 2.

- 1) Zajęcia mają odbywać się w siedzibie Zamawiającego.

- 2) Okres szkoleniowy – w tygodniu tj. poniedziałek-piątek z wyłączeniem dni wolnych od zajęć dydaktycznych, przerwy wakacyjnej i ferii zimowych.
- 3) Materiały do realizacji szkolenia zapewnia Wykonawca.
- 4) Po ukończeniu szkolenia uczestnicy otrzymają certyfikat.

Część 3.

- 1) Zajęcia mają odbywać się w siedzibie Wykonawcy (teren miasta Białegostoku).
- 2) Okres szkoleniowy – weekendowo.
- 3) Sprzęt i materiały do realizacji szkolenia zapewnia Wykonawca.
- 4) Po ukończeniu szkolenia uczestnicy otrzymają certyfikat.