



WYKAZ DYSPONOWANYM POTENCJAŁEM TECHNICZNYM

1. Warunki nauki i pracy w trakcie szkolenia:	
Powierzchnia sali wykładowej w m ² – jeżeli dotyczy	
Powierzchnia przypadająca na jednego uczestnika w m ² – jeżeli dotyczy	
Wypożyczenie w sprzęt i pomoce dydaktyczne potrzebne do realizacji szkolenia (zaznaczyć krzyżykiem)	<input type="checkbox"/> sprzęt multimedialny (np. laptop, rzutnik)
	<input type="checkbox"/> elementy wyposażenia np. tablice informacyjne, schematy, tablica/flipchart
	<input type="checkbox"/> platforma do realizacji szkolenia w formule kształcenia na odległość
	<input type="checkbox"/> meble / urządzenia
	<input type="checkbox"/> inne (jakie) – należy wpisać dodatkowe elementy zapewnione przez Wykonawcę na czas szkolenia
Dodatkowe wyposażenie sali poprawiające warunki nauki – jeżeli dotyczy (zaznaczyć krzyżykiem)	<input type="checkbox"/> klimatyzacja lub zabezpieczenie przed dostępem promieni słonecznych
	<input type="checkbox"/> inne elementy wyposażenia np. dystrybutor wody, czajnik, napoje chłodzące itp.
	<input type="checkbox"/> jeżeli tak, to jakie – należy wpisać dodatkowe elementy zapewnione przez Wykonawcę na czas szkolenia:
Podstawa dysponowania salą / platformą do realizacji szkolenia w formule kształcenia na odległość	
Opis sali wykładowej (warunki lokalowe, lokalizacja, nasłonecznienie, akustyka, itp.) lub opis platformy do realizacji szkolenia w formule kształcenia na odległość	
2. Dostęp do węzła sanitarnego – jeżeli dotyczy (opis lokalizacji, gdzie jest usytuowany)	

3. Liczba uczestników przypadających na jedno stanowisko podczas zajęć praktycznych				
4. Wykaz bazy techniczno – dydaktycznej (należy wskazać sprzęt, maszyny, urządzenia, które zapewni Wykonawca w celu prawidłowej realizacji programu szkolenia, nie wymienione w punkcie 1, w szczególności umożliwiające realizację zajęć praktycznych):				
Lp.	NAZWA SPRZĘTU, MASZYN, URZĄDZEŃ	IŁOŚĆ	PODSTAWA DYSPONOWANIA	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
5. Informacje na temat dostępności budynku / sal / węzła sanitarnego dla osób z niepełnosprawnościami:				
budynek / sale / węzeł sanitarny dostępny dla osób z niepełnosprawnościami		TAK		NIE
Inne udogodnienia dla osób z niepełnosprawnościami:				

.....
/miejscowość, data/

.....
(czytelny podpis osoby / osób upoważnionej/ych do reprezentowania Wykonawcy)