WZÓR OFERTY (Część A,B,C,D,E,F)

Zgłoszenie do konkursu na program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia w zakresie *(proszę zaznaczyć we właściwych miejscach)*:

|  |  |
| --- | --- |
| Instruktor terapii uzależnień | 🞎 |
| Specjalista psychoterapii uzależnień | 🞎 |
| Wnioskuję o rekomendację na 1 edycję szkolenia | 🞎 |
| Wnioskuję o rekomendację na 2 edycje szkolenia | 🞎 |

# CZĘŚĆ A. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO OFERTĘ

1. Pełna nazwa oferenta

|  |
| --- |
|  |

1. Adres siedziby oferenta

|  |
| --- |
|  |

1. Numer telefonu, fax, adres e-mail do kontaktu

|  |
| --- |
|  |

1. Forma organizacyjno – prawna oferenta

|  |
| --- |
|  |

1. Numer wpisu oferenta do rejestru przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym albo innego właściwego rejestru oraz numer identyfikacji podatkowej (NIP), o ile oferent takie numery posiada.

|  |
| --- |
|  |

1. Imię i nazwisko osoby uprawnionej lub upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta. Do oferty należy dołączyć dokumenty upoważniające osobę do składania oświadczenia woli w imieniu oferenta.

|  |
| --- |
|  |

1. Szczegółowe informacje na temat doświadczenia podmiotu szkolącego w prowadzeniu specjalistycznych szkoleń w dziedzinie uzależnienia

# Do części A. jako załączniki należy dołączyć następujące dokumenty:

1. **aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym oferenta i umocowaniu osób reprezentujących oferenta**
2. **aktualny statut oferenta.**

……………………………. ……………………………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby uprawnionej

lub upoważnionej do składania

oświadczeń woli w imieniu oferenta)

# CZĘŚĆ B. INFORMACJE DOTYCZĄCE PROGRAMU

1. Miejsce realizacji szkolenia (w przypadku realizacji szkolenia w kilku lokalizacjach/miejscach, proszę o wskazanie wszystkich lokalizacji/miejsc)

|  |
| --- |
|  |

1. Czasowy wymiar zajęć szkolenia, w podziale na jego poszczególne części
2. Planowane terminy rozpoczęcia i zakończenia szkolenia oraz planowane terminy sesji
3. Opis bazy dydaktycznej (m.in. sale wykładowe, sale do prowadzenia warsztatów, lokalizacja) oraz pomieszczeń przeznaczonych do przechowywania dokumentacji procesu przebiegu rekrutacji uczestników szkolenia i przebiegu szkolenia
4. Wyszczególnienie posiadanych środków dydaktycznych (rzutniki multimedialne, odtwarzacz dvd itp.)
5. Imię i nazwisko osoby (lub osób) odpowiedzialnej za nadzór merytoryczny oraz za nadzór organizacyjny nad realizacją programu (kierownik programu, numer telefonu, adres e-mail)

|  |
| --- |
|  |

1. Opis kryteriów i sposobu naboru uczestników na szkolenie oraz planowana liczba uczestników szkolenia

|  |
| --- |
|  |

1. Opis prowadzonej przez podmiot dokumentacji procesu rekrutacji uczestników szkolenia.

|  |
| --- |
|  |

1. Opis prowadzonej dokumentacji przebiegu szkolenia,

|  |
| --- |
|  |

1. Opis sposobu weryfikacji wiedzy i umiejętności w trakcie szkolenia

|  |
| --- |
|  |

1. Opis systemu wewnętrznego monitorowania jakości kształcenia, uwzględniającego narzędzia oceny jakości kształcenia oraz metody tej oceny

|  |
| --- |
|  |

1. Opis współpracy pomiędzy oferentem (podmiotem szkolącym), ośrodkiem stażowym prowadzącym staż kliniczny i stażystą

|  |
| --- |
|  |

1. Opis współpracy pomiędzy oferentem (podmiotem szkolącym), superwizorem i uczestnikiem superwizji klinicznej

|  |
| --- |
|  |

1. Informacje na temat limitów nieobecności na zajęciach i sposobach ich zaliczania

|  |
| --- |
|  |

1. Informacje na temat sposobu egzekwowania od uczestników szkolenia warunku realizacji 100 godzin dydaktycznych programu pracy indywidualnej lub grupowej z pacjentem w trakcie szkolenia

|  |
| --- |
|  |

……………………………. ……………………………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby uprawnionej

lub upoważnionej do składania

oświadczeń woli w imieniu oferenta)

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapewniam realizację superwizji klinicznej wyłącznie u superwizorów psychoterapii uzależnień, o których mowa w §2 ust.1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 766)

Oświadczam, że zapewniam realizację staży klinicznych wyłącznie w ośrodkach stażowych, o których mowa w §2 ust. 1 pkt. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 766)

……………………………. ……………………………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby uprawnionej

lub upoważnionej do składania

oświadczeń woli w imieniu oferenta)

**CZĘŚĆ C. ALFABETYCZNY WYKAZ REALIZATORÓW SZKOLENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwisko i imię realizatora** | **Zajęcia prowadzone w ramach szkolenia** *(tytuł zgodny z sylabusem)* | **Forma szkolenia**  **\****zaznaczyć krzyżykiem* | |
| Wykłady | Warsztat  Seminaria  Inne formy |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **itd** |  |  |  |  |

……………………………. ……………………………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby uprawnionej

lub upoważnionej do składania

oświadczeń woli w imieniu oferenta)

**CZĘŚĆ D. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE O KWALIFIKACJACH KADRY (BIOGRAMY REALIZATORÓW** *- ułożone alfabetycznie)* **I KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TYTUŁ / STOPIEŃ:** | **IMIĘ I NAZWISKO:** | **OBECNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA:** |
| **Ukończony kierunek studiów magisterskich:** | | |
| **Tematy zajęć prowadzone w ramach szkolenia w dziedzinie uzależnień** *(tytuły zajęć zgodne z sylabusem)* | | |
| **DOROBEK NAUKOWY/PRAKTYCZNY (uwaga: proszę podać tylko informacje dotyczące kwalifikacji związanych z prowadzonymi tematami w ramach szkolenia w dziedzinie uzależnień)** | | |
| **Oświadczam, że: (proszę zaznaczyć właściwe)**  🞎 Posiadam certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień wydany przez KBPN, nr certyfikatu  ……….……………………..  🞎 Posiadam certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień wydany przez PARPA, nr certyfikatu  …………………………..…..  🞎 Posiadam co najmniej 7-letni staż pracy w terapii osób uzależnionych  🞎 Posiadam dyplom lekarza  🞎 Posiadam certyfikat psychoterapeuty wydany przez ….…………, nr certyfikatu ……….…..  🞎 Posiadam certyfikat trenera wydany przez ………………………, nr certyfikatu ……….….. | | |

Ja niżej podpisany(a)

……………………………………….……………………. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii z siedzibą w  Warszawie przy ul. Dereniowej 52/54 w celu przeprowadzenia konkursu ofert na wybór programu szkolenia w dziedzinie uzależnień w zakresie: specjalisty psychoterapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (Dz.U. z 2018 poz. 1000). Zapoznałem się oraz rozumiem treść Klauzuli informacyjnej.

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą.

…………………………………. …...…………………………..

(miejscowość, data) (czytelny podpis realizatora)

**Do części „D” oferty NIE należy dołączać dodatkowych zaświadczeń i potwierdzeń. Krajowe Biuro zastrzega sobie w uzasadnionych przypadkach prawo zwrócenia się do oferenta o przedłożenie stosownych zaświadczeń dotyczących kompetencji realizatorów.**

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych**

W związku z wejściem w życie 25 maja 2018 roku, Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku   
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – zwane dalej „Rozporządzeniem” lub „RODO”, na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 RODO przekazujemy informację:

**Kto jest administratorem danych osobowych?**

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa (dalej Administrator lub KBdsPN).

**Jakie dane osobowe zbieramy?**

Zbieramy następujące dane osobowe:

- imię,  
- nazwisko,

- ukończony kierunek studiów magisterskich,  
- tematy zajęć prowadzone w ramach szkolenia w dziedzinie uzależnień,

- posiadany tytuł/stopień naukowy,

- miejsce zatrudnienia,

- dane dotyczące dorobku naukowego lub praktycznego,

- dane dotyczące posiadanych certyfikatów

wskazane w formularzu oferty (Część D) złożonej w związku z Konkursem ofert na wybór programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień.

**Jaki jest cel i podstawa prawna przetwarzania Pana/Pani danych osobowych?**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzamy na podstawie zgody, którą nam udzieliłeś w związku ze złożeniem oferty w ramach konkursu ofert na wybór programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia w zakresie: specjalisty psychoterapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) oraz w celu przeprowadzenia ww. konkursu ofert (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).

Dane osobowe nie podlegają profilowaniu.

**Okres przechowywania**

Administrator będzie przechowywał dane osobowe do czasu ważności udzielonej zgody oraz przez okres niezbędny do realizacji celów wynikających z realizacji zadań publicznych Administratora określonych w niniejszej Klauzuli oraz przez okres wynikający z przepisów prawa w zakresie obowiązku przechowywania dokumentów w zakresie realizacji zadań ustawowych.

**Jakie Pan/Pani ma uprawnienia w zakresie przetwarzanych danych?**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych do innego administratora danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych. Ma Pani/Pan prawo wycofać zgodę na przetwarzanie w dowolnym momencie, co nie wyłącza zgodności z prawem przetwarzania danych przed wycofaniem zgody.

Prośbę w sprawie realizacji Pani/Pana praw dotyczących danych osobowych można złożyć elektronicznie na adres e-mail: iodo.kbpn@baraniewski.pl lub wysyłając list na adres siedziby Biura – ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa.

**Gdzie będą przetwarzane Twoje dane osobowe?**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez **Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii n**a serwerze lokalnym zlokalizowanym w siedzibie Krajowego Biura. Przechowywanie danych ma miejsce w **Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii.**

**Jak się z nami skontaktować, żeby uzyskać więcej informacji o przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych?**

Aby uzyskać więcej informacji o przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych może Pan/Pani skontaktować się z Administratorem lub inspektorem ochrony danych na adres e-mail: iodo.kbpn@baraniewski.pl lub wysyłając list na adres siedziby Biura – ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa.

**Kto może być odbiorcą Pani/Pana danych?**

Nie udostępniamy żadnym podmiotom zewnętrznym danych osobowych. Gromadzone i przetwarzane dane osobowe udostępniamy tylko tym podmiotom, które muszą mieć do nich dostęp ze względu na realizację celów określonych w niniejszej Klauzuli.

**Gdzie można wnieść skargę, jeśli uzna Pan/Pani, że jego/jej prawa zostały naruszone**

W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez KBdsPN danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

…………………………………… ……………………………………

Data Czytelny podpis realizatora

**CZĘŚĆ E. PROGRAM SZKOLENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NAZWA ZAJĘĆ**  **(**WG SYLLABUSA) | **LICZBA GODZIN** | **FORMA ZAJĘĆ** | **REALIZATOR** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |

……………………………. ……………………………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby uprawnionej

lub upoważnionej do składania

oświadczeń woli w imieniu oferenta)

**CZĘŚĆ F.1.** **SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA TEMAT ZAWARTOŚCI MERYTORYCZNEJ I CZASOWEGO WYMIARU POSZCZEGÓLNYCH CZĘŚCI I ZAJĘĆ SZKOLENIA (sylabus do każdych zajęć)**

*(każdy temat szkolenia wymieniony w programie ramowym powinien być opisany w oddzielnej tabeli, zajęcia powinny zostać ułożone w takiej kolejności w jakiej pojawiają się w programie)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TYTUŁ:** | | | | |
| WYKŁAD SEMINARIUM TRENING WARSZAT  *\*proszę zaznaczyć* | | | | LICZBA GODZIN: ………. |
| **REALIZATOR** | |  | | |
| **PROGRAM** | CEL / ZAŁOŻENIA: | | | |
| TEMATYKA: | | | |
| WIEDZA / UMIEJĘTNOŚCI UZYSKANE PODCZAS SZKOLENIA: | | | |
| LITERATURA OBOWIĄZKOWA\*: | | | |
| LITERATURA UZUPEŁNIAJĄCA\*: | | | |
| **SPOSÓB ZALICZENIA** | Z OCENĄ  BEZ OCENY | | PODSTAWA ZALICZENIA: | |

*\*pozycje, które są zalecane uczestnikom szkolenia w ramach literatury obowiązkowej oraz uzupełniającej powinny zostać gruntownie przemyślane, w sylabusie powinny znaleźć się te pozycje literatury, które ściśle dotyczą tematu zajęć a także powinny zostać wskazane konkretne rozdziały polecanych pozycji (jeśli tematu nie dotyczy cała książka)*

**Uwaga: Część F zawierającą wszystkie sylabusy wystarczy podpisać jeden raz pod ostatnim załączonym sylabusem)**

……………………………. ……………………………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby uprawnionej

lub upoważnionej do składania

oświadczeń woli w imieniu oferenta)

**Część F.2.** **INFORMACJE DODATKOWE O REALIZACJI SZKOLENIA W ZAKRESIE**

**INSTRUKTORA TRAPII UZALEŻNIEŃ**

W przypadku gdy Oferta obejmuje realizację programu specjalistycznego szkolenia w zakresie instruktora terapii uzależnień proszę o opisanie i wyjaśnienie różnic w realizacji szkolenia biorąc pod uwagę wskazany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 766) zakres umiejętności instruktora terapii uzależnień.

|  |
| --- |
|  |

……………………………. ……………………………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby uprawnionej

lub upoważnionej do składania

oświadczeń woli w imieniu oferenta)