

## Zgłoszenie

Zgłaszamy gotowość przyjęcia studentów kierunku Logistyka Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania UMK w Toruniu na praktykę zawodową. W naszej firmie osobą odpowiedzialną za praktyki studenckie jest Pan(i) (stanowisko, imię i nazwisko) Magdalena Ismer, z którym (którą) będzie możliwy kontakt pod adresem: tel.: 516 870 510, e-mail: magdalena.ismer@apator.com

Nasze wymagania względem praktykantów są następujące (prosimy symbolem „x” zaznaczyć odpowiednią/e opcję/e):

**1. Tryb studiów:**

- dowolny
- dzienny
- zaoczny

**2. Specjalność:**

- dowolna
- zarządzanie logistyką
- projektowanie infrastruktury logistycznej

**3. Znajomość programów i systemów komputerowych:**

- edytor tekstów
- arkusz kalkulacyjny
- program do analiz statystycznych (np. SPSS, Gretl)
- oprogramowanie telematyczne
- elektroniczna giełda transportowo-logistyczna
- system klasy ERP (np. SAP)
- inny (jaki?) .....

**4. Znajomość języków obcych:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> j. angielski: | <input type="checkbox"/> biegła w piśmie          | <input type="checkbox"/> biegła w mowie |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> dobra w mowie | <input type="checkbox"/> dobra w piśmie |
|   | <input type="checkbox"/> nieistotna               |   |
| <input type="checkbox"/> inny język:<br>(jaki?)   | <input type="checkbox"/> biegła w piśmie          | <input type="checkbox"/> biegła w mowie |
|   | <input type="checkbox"/> dobra w mowie            | <input type="checkbox"/> dobra w piśmie |
| .....   | <input type="checkbox"/> nieistotna               |   |

**5. Forma praktyki (prosimy symbolem „x” zaznaczyć wszystkie możliwe opcje):**

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> miesięczna             | <input checked="" type="checkbox"/> realizowana w układzie 5 dni w tygodniu         |
| <input checked="" type="checkbox"/> dwumiesięczna          | <input checked="" type="checkbox"/> realizowana w układzie od 1 do 4 dni w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> trzymiesięczna                    |   |
| <input type="checkbox"/> inna forma do uzgodnienia (jaka?) |   |
| .....  |   |

**6. Przewidywany termin rozpoczęcia praktyk: .....**

**7. Możliwa do przyjęcia liczba studentów drugiego i trzeciego roku kierunku Logistyka w skali roku:**

..... 2 .....

**8. Dział/y, w których jest/są przewidziana/e praktyka/i:**

- logistyki
- produkcji
- planowania
- zakupów
- dystrybucji
- obsługi klienta
- inny (prosimy wymienić) .....

**9. Inne wymagania; prosimy wskazać jakie?:**

.....

.....

.....

**10. Rodzaj przedsiębiorstwa:**

- przedsiębiorstwo produkcyjne
- przedsiębiorstwo transportowo-spedycyjne
- przedsiębiorstwo usługowo-handlowe
- przedsiębiorstwo świadczące usługi logistyczne (firmy kurierskie, operatorzy logistyczni 3PL, 4PL)
- przedsiębiorstwo świadczące usługi outsourcingu w zakresie wsparcia procesów logistycznych (firmy programistyczne i konsultingowe związane z planowaniem procesów logistycznych)
- centrum logistyczne i dystrybucyjne
- inne (prosimy wymienić) .....

**11. Możliwa do realizacji tematyka praktyk:**


- podstawowe procesy biznesowe realizowane w przedsiębiorstwach
- miejsce działów wsparcia logistycznego w strukturach organizacyjnych przedsiębiorstw
- znaczenie logistyki dla funkcjonowania przedsiębiorstwa
- logistyka produkcji, dostaw i dystrybucji (planowanie, realizacja, mierniki oceny)
- logistyka obsługi klienta
- zarządzanie jakością w logistyce przedsiębiorstwa
- lean manufacturing w logistyce przedsiębiorstwa
- zarządzanie łańcuchami dostaw – definiowanie uczestników, pomiar wyników, ocena efektywności, zarządzanie relacjami
- infrastruktura przedsiębiorstwa, zwłaszcza w kontekście wsparcia logistycznego
- procesy magazynowania, kompletacji, realizacji zamówień
- formy organizacyjne przedsiębiorstw branży TSL
- podstawowe procesy biznesowe przedsiębiorstw branży TSL, w tym operatorów logistycznych
- inna (prosimy wymienić)

**12. Możliwość realizacji przez praktykanta pracy licencjackiej na przykładzie Państwa przedsiębiorstwa:**

- nie
- tak (prosimy wskazać możliwe obszary tematyczne prac)

.....

.....

Pełna nazwa firmy	Imię i nazwisko prezesa	Adres	Kod	Miasto
 APATOR S.A., 87-100 Toruń ul. Gdańska 4a lok. C4 REGON 870037630, NIP 879 016 68 96 -6-	Maciej Wychesany			

