……………………………………. **Załącznik nr 7 do Wniosku**

pieczęć Realizatora

|  |  |
| --- | --- |
| **OFERTA REALIZATORA BADAŃ LEKARSKICH I/LUB PSYCHOLOGICZNYCH** | |
| **Nazwa i adres Realizatora** | |
| **Numer telefonu:** | **e-mail** |
| **Miejsce realizacji usługi (adres):** | |
| **Nazwa usługi:** | |
| **Termin:** | |
| **Koszt usługi w przeliczeniu na jednego uczestnika:** | |
| **Certyfikaty jakości oferowanych usług posiadane przez Realizatora** *(należy podać pełną nazwę organu certyfikującego, numer i datę ważności certyfikatu oraz dokładną nazwę certyfikatu oraz*  ***dołączyć do oferty kopie certyfikatów jakości potwierdzone za zgodność z oryginałem )***: | |
| **Opis doświadczenia Realizatora w realizacji oferowanej usługi:** | |
| **1. Cel badania lekarskiego i/lub psychologicznego:** ……………………………………………………………………………………………………..  **2. Zakres badania**  ………………………………………………………………………………………………………… | |
| |  | | --- | | **3.Dokumenty potwierdzające przeprowadzenie badań:**  a) ………………………………………………………………………………………….  b) …………………………………………………………………………………………. | |  | | |

………………………………………

Data, pieczęć i podpis

Realizatora