

OFERTA REALIZATORA

- badań lekarskich i/lub psychologicznych
- działań w zakresie określenia potrzeb pracodawcy dotyczących kształcenia ustawicznego
- ubezpieczenia od NNW **właściwe podkreślić*

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 / ubezpieczenia / określenia potrzeb pracodawcy **właściwe podkreślić*

2. Zakres badania / ubezpieczenia / określenia potrzeb pracodawcy **właściwe podkreślić*

3. Dokumenty potwierdzające przeprowadzenie badań / ubezpieczenia / określenia potrzeb **właściwe podkreślić*

4. Wypełnia realizator działań w zakresie określenia potrzeb dotyczących kształcenia ustawicznego.

Sposób organizacji i przeprowadzenia usługi:

Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam*** bezpośrednich lub pośrednich powiązań z osobami lub podmiotami wpisanymi na listę sankcyjną Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.
Niniejsze oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

***niepotrzebne skreślić**

.....
(data, pieczęć i podpis Realizatora)