**Załącznik nr 6 do Wniosku**

|  |  |
| --- | --- |
| **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)* | |