**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)* |