

OFERTA REALIZATORA

Badań lekarskich i/lub psychologicznych / Ubezpieczenia od NNW / Działań w zakresie określenia potrzeb pracodawcy dotyczących kształcenia ustawicznego

*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)