**Załącznik nr 6 do Wniosku**

|  |
| --- |
| **OFERTA REALIZATORA** **badań lekarskich i/lub psychologicznych/działań w zakresie określenia potrzeb pracodawcy dotyczących kształcenia ustawicznego/ ubezpieczenie od nnw \*właściwe zakreślić** |
| **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:**…………………………………………………………………………………………………………. |

 ………………………………………

Data, pieczęć i podpis Realizatora