

**OFERTA REALIZATORA**

**badan lekarskich i/lub psychologicznych/dziaan w zakresie okrelenia potrzeb pracodawcy  
dotyczcych ksztalcenia ustawicznego/ ubezpieczenie od nnw \*wlasciwe zakreslic**

Nazwa i adres Realizatora

Numer telefonu:

e-mail

Miejsce realizacji uslugi (adres):

Nazwa uslugi:

Termin:

Koszt uslugi w przeliczeniu na jednego uczestnika:

**Certyfikaty jakosci oferowanych uslug posiadane przez Realizatora (nalezypodać pełną nazwę organu certyfikujacego, numer i datę ważności certyfikatu oraz dokładną nazwę certyfikatu oraz **dołaczyc do oferty kopie certyfikatow jakosci potwierdzone za zgodność z oryginałem** ):**

**Opis doświadczenia Realizatora w realizacji oferowanej uslugi:**

**1. Cel badania / ubezpieczenia / okrelenia potrzeb pracodawcy \*wlasciwe podkrelic**

.....

**2. Zakres badania / ubezpieczenia / okrelenia potrzeb pracodawcy \*wlasciwe podkrelic**

.....

**3. Dokumenty potwierdzajace przeprowadzenie badan / ubezpieczenia / okrelenia potrzeb**

\*wlasciwe podkrelic

.....

**4. Wypełnia realizator dziaan w zakresie okrelenia potrzeb dotyczcych ksztalcenia ustawicznego**

**Sposob organizacji i przeprowadzenia uslugi:**

.....

.....  
Data, pieczęć i podpis Realizatora