……………………………………. **Załącznik nr 7 do Wniosku**

 pieczęć Realizatora

|  |
| --- |
| **OFERTA REALIZATORA BADAŃ LEKARSKICH I/LUB PSYCHOLOGICZNYCH** |
| **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 lekarskiego i/lub psychologicznego:** ……………………………………………………………………………………………………..**2. Zakres badania**………………………………………………………………………………………………………… |
|

|  |
| --- |
| **3.Dokumenty potwierdzające przeprowadzenie badań:** a) …………………………………………………………………………………………. b) …………………………………………………………………………………………. |
|  |

 |

 ………………………………………

Data, pieczęć i podpis

Realizatora