**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