

.....  
pieczęć Realizatora

Załącznik nr 10 do wniosku

<b>OFERTA REALIZATORA BADAŃ LEKARSKICH I/LUB PSYCHOLOGICZNYCH</b>	
<b>Nazwa i adres Realizatora</b>	
<b>Numer telefonu:</b>	<b>e-mail</b>
<b>Miejsce realizacji usługi (adres):</b>	
<b>Nazwa usługi:</b>	
<b>Termin:</b>	
<b>Koszt usługi w przeliczeniu na jednego uczestnika:</b>	
<b>Certyfikaty jakości oferowanych usług:</b>	
<b>Doświadczenie w realizacji oferowanej usługi:</b>	
<b>1. Cel badania lekarskiego i/lub psychologicznego:</b> .....	
<b>2. Zakres badania</b> .....	
<b>4. Dokumenty potwierdzające przeprowadzenia badań:</b>	
a) .....	
b) .....	

Po zakończeniu realizacji usługi związanej z przeprowadzeniem badań lekarskich lub/i psychologicznych zobowiązuję się do wystawienia faktury VAT/rachunku zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi wystawiania faktury VAT/rachunku.

.....  
Data, pieczęć i podpis  
Realizatora lub osoby upoważnionej