

.....
pieczęć Realizatora

Załącznik nr 9 do wniosku

**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 wskazać publiczne rejestry elektroniczne, w których publikowana jest informacja o posiadanych certyfikatach lub dołączyć do oferty kopie certyfikatów jakości potwierdzone za zgodność z oryginałem):*

Opis doświadczenia w realizacji oferowanej usługi:

1. Cel badania lekarskiego i/lub psychologicznego:

.....

2. Zakres badania

.....

4. Dokumenty potwierdzające przeprowadzenia badań:

a)

b)

.....
Data, pieczęć i podpis
Realizatora

