

---

### Formularz ofertowy

**1. Realizacja zlecenia:** *prowadzenie indywidualnych i grupowych zajęć edukacyjnych i poradnictwa specjalistycznego dla kobiet ciężarnych i osób towarzyszących.*

Uczestnikami realizowanego zadania mogą być mieszkańcy Wrocławia.

**Zadanie będzie prowadzone w Punkcie Informacyjno- Edukacyjnym** w lokalizacji:

- Przychodnia Stare Miasto , Wrocławskie Centrum Rozwoju Społecznego, pl. Dominikański 6 w poniedziałki w godz. 17.00 – 19.00 , w innych *Punktach Informacyjno- Edukacyjnych* wg. potrzeb zamawiającego

**2. Imię i nazwisko / nazwa składającego ofertę:**

.....

**3. Adres:**

miejsowość ..... kod pocztowy.....

ulica i numer lokalu.....

.....

*telefon*

.....

*e-mail*

**4. PESEL:** .....

**5. NIP:** .....

**6. Regon:** .....

**7. Dokumenty potwierdzający kwalifikacje zawodowe:**

.....

.....

**8. Dotychczasowa praca w charakterze odpowiadającym przedmiotowi oferty:**

.....

.....

**9. Miejsce realizacji zadania**.....

**10. Oferowana liczba godzin**.....

(wpisać łączną liczbę godzin za cały okres realizacji zadania z uwzględnieniem przerwy urlopowej)

**11. Harmonogram zajęć (dni tygodnia i godziny od –do).....**

.....  
.....

**12. Oferowana kwota brutto w złotych polskich, za jedną godzinę świadczenia usług:**

.....zł. brutto słownie: .....zł.

Oferent oferuje możliwość przepracowania większej liczby godzin od planowanej o .....godzin  
(wpisać liczbę godzin)

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania (ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. o Ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014, poz.1182).

Data: .....

pieczęć i podpis oferenta.....

Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 6/2015 z dn.19.01.2015 r.

Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ul. Podróżnicza 26-28  
53-208 Wrocław

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) .....  
urodzony(a) ..... w .....  
wykonujący(a) usługi na innej podstawie niż stosunek pracy we Wrocławskim Centrum  
Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Podróżnicza 26-28, 53-208  
Wrocław oświadczam, że posiadam aktualne obowiązujące dla mojego stanowiska  
zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do zatrudnienia oraz aktualne wymagane  
szkolenia BHP.  
Jednocześnie zobowiązuję się przedstawić wspomniane zaświadczenia na każde żądanie.

.....  
DATA I PODPIS