Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ tel.71/363-12-23

Ul. Podróżnicza 26/28 tel./fax 71/335-29-68

53-208 Wrocław

**Formularz ofertowy**

**1. Realizacja zlecenia:** prowadzenie warsztatów wczesnej stymulacji rozwoju – zabawy rozwijające dla dzieci od 3 m. do 36 m. życia. Uczestnikami realizowanego zadania mogą być mieszkańcy Wrocławia.

**Zadanie będzie prowadzone we Wrocławskim Centrum Zdrowia SP ZOZ we Wrocławiu *Punkt Edukacyjno-Informacyjny* w lokalizacji Przychodnia Stare Miasto, pl. Dominikański 6**

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

**3. Adres:**

 miejscowość …………………………………………….. 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. Daty i godziny świadczenia usług**…………………………………………..............................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

.............................**zł. brutto słownie**: ...................................................................................................zł.

**11. Planowana liczba godzin…………………………………………………………………………………………………………**

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

* 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: ……….................. pieczątka 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