

FORMULARZ OFERTOWY

Spr. nr DAT 109/12/2015

1. Dane przyjmującego zamówienie

Imię i nazwisko
telefon.....
e-mail
adres:.....
PESEL
NIP

Wymagane wykształcenie (nazwa, tytuł i data uzyskania)
.....

2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na realizacja działań w z zakresie rejestracji medycznej w SZPZLO Warszawa-Ochota przez osobę fizyczną z wynagrodzeniem w wysokości:..... **zł/brutto/godzina** za realizację przedmiotu umowy.

Oferuję dyspozycyjność do realizacji działań w zakresie rejestracji medycznej SZPZLO Warszawa-Ochota(deklarowana liczba godzin pracy w tygodniu).

3. Oświadczenia

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami postępowania i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

.....
miejsce i data

.....
podpis przyjmującego zamówienie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SZPZLO Warszawa-Ochota zawartych w złożonej ofercie dla potrzeb niezbędnych w procesie przeprowadzenia konkursu ofert, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182.).

.....
miejsce i data

.....
podpis przyjmującego zamówienie

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY*:

- 1) Świadectwo ukończenia szkoły (kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem);
- 2) CV oraz list motywacyjny, zawierający klauzulę:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SZPZLO Warszawa-Ochota zawartych w złożonej ofercie dla potrzeb niezbędnych w procesie przeprowadzenia konkursu ofert, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182.).

* *niepotrzebne skreślić*