

FORMULARZ OFERTOWY

Spr. nr DAT 96/08/2020

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.

.....
miejsowość i data

.....
podpis przyjmującego zamówienie

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY*:

- 1) Świadectwo ukończenia szkoły (kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem);
- 2) CV.

* *niepotrzebne skreślić*