

.....  
Imię i Nazwisko/Nazwa i adres lub pieczętka Oferenta

**EPM - OSADA SP Z O.O.**  
**ul. Słoneczników 44**  
**42-606 Tarnowskie Góry**

### **FORMULARZ OFERTOWY**

W związku z realizacją projektu „Skoordynowane Usługi Zdrowotne dla osób z SM”, składam ofertę na świadczenie usług dietetycznych w jego ramach.

1. Oferuję świadczenie usług dietetycznych dla uczestników projektu za cenę: ..... zł brutto za wizytę (słownie: ..... ) brutto.

Deklarowana liczba wizyt możliwa do zrealizowania w miesiącu .....

Deklarowana dyspozycyjność od poniedziałku do piątku, godziny od-do:.....

Deklaruję możliwość realizowania usług w miejscach zamieszkania uczestników: TAK/NIE\*

2. Oświadczam, iż posiadam doświadczenie w realizacji usług dietetycznych: ..... lat  
W szczególności wykazuję poniżej posiadane doświadczenie:

Lp.	Nazwa instytucji lub nazwa zadania/numer umowy itp. na podstawie której realizowano usługi dietetyczne	Termin realizacji	Imię, nazwisko i telefon osoby mogącej potwierdzić doświadczenie
1.			
2.			

3. Oświadczam, iż posiadam doświadczenie w pracy z osobami chorymi na stwardnienie rozsiane: TAK/NIE\* Jeśli tak, wykazuję poniżej posiadane doświadczenie:

Lp.	Nazwa zadania / numer umowy lub nazwa instytucji itp. na podstawie której pracowano z osobami chorymi na SM	Termin realizacji	Imię, nazwisko i telefon osoby mogącej potwierdzić doświadczenie
1.			
2.			

4. Celem umożliwienia wymiany informacji udostępniam następujące dane:

a) numer telefonu .....

b) adres e-mail: .....

5. Oświadczam, że oferta składa się z niniejszego formularza oraz następujących załączników:

a) życiorys (CV)

b) poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje do świadczenia usług dietetycznych

Miejscowość i data: .....

.....

*Podpis Oferenta*

\*Niewłaściwe skreślić