# FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący naboru na stanowisko specjalisty w zakresie poradnictwa specjalistycznego: fizjoterapeuta
realizowanego przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sępopolu

## 1. DANE OFERENTA

Imię i nazwisko / Nazwa firmy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer NIP (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 2. OFERTA CENOWA

Oferuję realizację usług specjalistycznych w ramach projektu na następujących warunkach:

Stawka za 1 godzinę świadczenia usług (brutto/brutto): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł

## 3. DOSTĘPNOŚĆ

Deklaruję gotowość do świadczenia usług w siedzibie MGOPS w Sępopolu w terminie do 31 maja 2026 roku.

Dni/godziny dostępności (proszę wpisać): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 4. OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że posiadam wykształcenie uprawniające do wykonywania zawodu. - Oświadczam, że posiadam minimum 3-letnie doświadczenie zawodowe. - Oświadczam, że zapoznałem/am się z ogłoszeniem i akceptuję jego warunki. - Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zawodu. - Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).

## 5. PODPIS

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_