



Projekt „CUŚ - centrum usług środowiskowych na rzecz mieszkańców powiatu opoczyńskiego”  
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT

W związku z realizacją przez Fundację „Uśmiech Dziecka To Nasz Cel” Projektu „CUŚ – centrum usług środowiskowych na rzecz mieszkańców powiatu opoczyńskiego”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 – 2020 poszukujemy

### LEKARZA MEDYCYNY do przeprowadzenia badań

Zakres obowiązków: **przeprowadzenie badań lekarskich dla 25 osób korzystających ze specjalistycznych usług opiekuńczych w wymiarze 1 godz. x 6 badań dla każdej osoby w terminie 15.06.2020 r. do 28.02.2023 r. łącznie 150 godzin zegarowych.**

Rodzaj zatrudnienia: **umowa zlecenie**

Wymagania: **wykształcenie wyższe medyczne**

Dodatkowe uprawnienia:

**- doświadczenie – minimum 3 letnie doświadczenie**

Sposób aplikowania: Zainteresowane osoby prosimy o składanie CV oraz formularza wraz z proponowaną ceną za godzinę badań lekarskich do dnia 05.06.2020 r. w siedzibie Fundacji „Uśmiech Dziecka To Nasz Cel”, Plac Kościuszki 15a, Opoczno lub mailem na adres: [marysiaanusia@wp.pl](mailto:marysiaanusia@wp.pl)

Osoba do kontaktu telefonicznego – Zofia Dębowska – tel. **794 129 814**

FUNDACJA  
„UŚMIECH DZIECKA TO NASZ CEL”  
26-300 Opoczno  
Pl. Kościuszki 15A  
NIP 768-13-07-216, REG. 590324518

Załącznik do CV

Adres biura projektu:  
Fundacja „Dar dla Potrzebujących”,  
ul. Wyszyńskiego 13A,  
tel. 509 513 750,  
e-mail: [dar\\_dla\\_potrzebujacych@wp.pl](mailto:dar_dla_potrzebujacych@wp.pl)  
[www.dardlapotrzebujacych.pl](http://www.dardlapotrzebujacych.pl)

PREZES FUNDACJI  
„UŚMIECH DZIECKA TO NASZ CEL”

*Lek. Jacek Nowacki*

SKARBNIK FUNDACJI  
„UŚMIECH DZIECKA TO NASZ CEL”

*Zofia Dębowska*



Projekt „CUŚ - centrum usług środowiskowych na rzecz mieszkańców powiatu opoczyńskiego”  
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

.....  
Miejscowość, data

**OFERTA NA PRZEPROWADZENIE USŁUG W FORMIE  
Przeprowadzenia badań lekarskich**

Imię i nazwisko wykonawcy: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon do kontaktu w sprawie oferty:.....

Adres e-mail do kontaktu w sprawie oferty:.....

1. Wymagania konieczne:

a) Oświadczam, iż posiadam wykształcenie wyższe kierunkowe i jeśli moja oferta zostanie wybrana zobowiązuję się przed podpisaniem umowy dostarczyć kserokopię dokumentów potwierdzających spełnienie wymagania.

b) Oświadczam, iż posiadam ..... letnie doświadczenie zawodowe jako .....

Ofertę składam w następującym zakresie:

Przeprowadzenie badań lekarskich.

.....  
(czytelny podpis Wykonawcy)

Kryteria oceny podstawowe

a) Oczekiwane wynagrodzenie brutto brutto za godzinę pracy (całkowity koszt).

1 godzina ..... zł brutto brutto

Liczba deklarowanych godzin ..... x ..... zł brutto = ..... zł brutto

.....  
(czytelny podpis Wykonawcy)