



FORMULARZ APLIKACYJNY W CHARAKTERZE

OPIEKUN MEDYCZNY

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer telefonu

.....

Adres e-mail

.....

Ja niżej podpisana/y, składam ofertę na realizację zadania opisanego w Rozeznaniu aplikacyjnym w charakterze Opiekuna medycznego.

Pozycja cenowa: brutto (za miesiąc pracy w wymiarze 37,55 godzin tygodniowo): PLN

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z warunkami określonymi w Rozeznaniu aplikacyjnym i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.

W załączeniu do niniejszego formularza aplikacyjnego przedkładam :

Życiorys zawodowy – TAK/NIE

Dokumenty potwierdzające kwalifikacje- TAK/NIE

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis

Handwritten signature