



**ZAKŁAD LECZNICTWA ODWYKOWEGO DLA  
OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU  
W CZARNYM BORZE**

58-379 Czarny Bór, ul. Parkowa 8

tel. (74) 84 50 125, fax (74) 84 50 290, e-mail: biuro@zlo.czarnybor.pl www.zlo.czarnybor.pl

**Załącznik nr 1.**

**FORMULARZ OFERTY**

**UDZIELANIE PONADPODSTAWOWYCH ŚWIADCZEŃ TERAPEUTYCZNYCH  
DLA MIESZKAŃCÓW KAMIENNEJ GÓRY**

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia:

**Zadanie 1. Zapobieganie Nawrotom Choroby.**

Stawka brutto za 1 godz. zajęć = ..... zł

Słownie .....

**Zadanie 2. Jak radzić sobie ze złością.**

Stawka brutto za 1 godz. zajęć = ..... zł

Słownie .....

Oświadczam, że:

Posiadam wykształcenie:.....

Posiadam kwalifikacje terapeuty uzależnień CITU/STU/CSPU\*

Posiadam dodatkowe kwalifikacje terapeutyczne (wymienić jakie, kserokopia odpowiednich dokumentów).....

.....

Posiadam doświadczenie zawodowe dotyczące przedmiotu postępowania oparte na zatrudnieniu na podstawie KP i/lub ustawie o działalności leczniczej (podać liczbę lat).....

Prowadzę działalność gospodarczą uprawniającą mnie do realizacji ww. zadań

Zapoznałem/łam się z niniejszym Zapytaniem i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

\* niepotrzebne skreślić

....., dnia

.....  
(pieczęć i podpis Wykonawcy)