Załącznik 10

**RODZAJ BADAŃ LEKARSKICH I PSYCHOLOGICZNYCH
wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończeniu kształcenia**

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

1. Termin realizacji (od-do)
 ……………………………………………………………………………………………………
2. Koszt badań dla jednej osoby ...………………………………………………………………………………………………….
3. Liczba osób ……………………………………………………………………………………………………
4. Całkowita wysokość wydatków w zł. …………………………………………………………………………………………................
5. Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł. ……………………………………………………………………………………………………
6. Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł. ……………………………………………………………………………………………………
7. Termin zapłaty za badania

……………………………………………………………………………………………………

1. Koszt badań lekarskich i psychologicznych w porównaniu z kosztem podobnych usług oferowanych na rynku (cena usługi dla 1 osoby. Należy podać przynajmniej 3 konkurencyjne oferty)
2. ………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….
3. ……………………………………………………………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………………………….…….

1. ………………………………………………………………………………………….…………………

………………………………………………………………………………………………………………

 - w przypadku braku dostępności podobnych usług oferowanych na rynku lub mniejszej ilości realizatorów należy wskazać z czego wynika ww. brak: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………….

 miejscowość i data

 …………………………………….

 podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej