



Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY DO NABORU TRENERÓW DZIAŁAŃ TOWARZYSZĄCYCH POPŻ PODPROGRAM 2020

NAZWA FIRMY/IMIĘ I NAZWISKO	
REGON/NIP	
ADRES	
TELEFON	
E-MAIL	

W związku z naborem trenerów działań towarzyszących, przedstawiam ofertę:

Nazwa usługi	Cena brutto za 1 godzinę warsztatu / konsultacji dietetycznej (60 min.)
Warsztat.....forma stacjonarna	
Warsztat.....forma online	
Konsultacja dietetycznaforma telefoniczna	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1)

Data:	Imię i nazwisko osoby składającej ofertę :
-------	--