

Numer oferty pracy (wypełnia PUP)  
 OFPR/   /

**KRAJOWA OFERTA PRACY**

**(wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy)**

Pracodawca zgłaszając kolejną ofertę pracy może ograniczyć dane podawane w części I do podania nazwy, numeru NIP oraz danych, które w tym zakresie wymagają aktualizacji. Oferta może dotyczyć kilku wakatów tylko w sytuacji, kiedy poszczególne stanowiska mają identyczną nazwę i zakres określony w części II, III i IV oferty.

Po przyjęciu oferty zostanie wyznaczony doradca klienta, który skontaktuje się z osobą wskazaną do kontaktów. Osoby zarejestrowane spełniające kryteria oferty uzyskają skierowanie do pracy i będą zobowiązane do ich zwrotu w wyznaczonym terminie. Prosimy o wypełnienie skierowań.

Wyrażam zgodę na publiczne udostępnienie danych zawartych poniżej w części I oferty (proszę wstawić „X”):

TAK

NIE

**I. Dane dotyczące pracodawcy**

Nazwa pracodawcy (zgodna z właściwym rejestrem lub wpisem do ewidencji działalności gospodarczej)

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Adres siedziby pracodawcy

ulica .....

(nr budynku)

-    .....

(kod pocztowy)

(miejsowość)

nr telefonu.....

e-mail.....

strona www.....

faks.....

Forma prawna prowadzonej działalności

- osoba fizyczna
- spółka cywilna
- spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
- spółka akcyjna
- inna .....

NIP

Podstawowy rodzaj działalności wg PKD

Liczba zatrudnianych pracowników.....  
 (w dniu złożenia oferty)

REGON

Dane pracodawcy lub osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów z urzędem w sprawie oferty

imię i nazwisko .....

nr telefonu, faksu .....

e-mail .....

Preferowana forma kontaktów z Urzędem  osobiście  telefonicznie  e-mail  inne .....

Pracodawca jest agencją zatrudnienia (jeśli tak proszę wstawić „X”)

Zgłoszenie oferty pracy tymczasowej (jeśli tak proszę wstawić „X”)

Wpis do rejestru agencji zatrudnienia pod numerem .....

**II. Dane dotyczące zgłaszanego miejsca pracy**

Nazwa stanowiska

.....  
 .....  
 .....

Kod zawodu

Nazwa zawodu

.....  
 .....

Liczba wolnych miejsc pracy   w tym dla osób niepełnosprawnych

Zakres obowiązków na oferowanym stanowisku (proszę wymienić zadania)

.....  
 .....  
 .....

