Załącznik nr 2

**Oferta**

1. **Dane oferenta** (nazwę i siedzibę zakładu opieki zdrowotnej, imię i nazwisko, adres):

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej ………………...................**

**…………………………………………………………………………………………………**

1. **Numer wpisu do rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu …………….**

**…………………………………………………………………………………………………**

1. **Określenie warunków lokalowych w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności ………………………………………………..........................**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych ……………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:**
	* wykonanie 1 szt. całkowitej protezy akrylanowanej…………..
	* wykonanie 1 szt. częściowej protezy akrylanowanej………….
	* wykonanie naprawek 1 szt. protezy …………………………...
	* wykonanie naprawki 1 szt. protezy z większą ilością elementów lub z podścieleniem protezy……………………………………

Pieczęć podpis oferenta/przedstawiciela oferenta