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

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

1. **Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:**
   * **wartość 1 pkt. limit 1-12000 punktów miesięcznie ……… …………zł**
   * **wartość 1 pkt. limit powyżej 12000 punktów miesięcznie …………zł**

**( łączna ilość punktów - maksymalnie do 14000 punktów miesięcznie)**

Pieczęć podpis oferenta/przedstawiciela oferenta