

Oferta

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

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

2. **Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej**

.....

3. **Numer wpisu do rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu**

.....

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

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

5. **Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:**

- wartość 1 pkt. limit 1-12000 punktów miesięczniezł
 - wartość 1 pkt. limit powyżej 12000 punktów miesięczniezł
- (łączna ilość punktów - maksymalnie do 14000 punktów miesięcznie)

Pieczęć podpis oferenta/przedstawiciela oferenta