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 maksymalnie do 15000 punktów miesięcznie …………. zł**

Pieczęć podpis oferenta/przedstawiciela oferenta