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