Załącznik nr 2

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

……

……

……

……

……

……

……

……

……

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

……

……

……

……

……

6. **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