

ZAŁĄCZNIK NR 2– FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego ul. Borowska 213 składam niniejszą ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywania rehabilitacji pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego na rzecz pacjentów Udzielającego zamówienia.

- **DANE O OFERENCIE** (nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego

.....
.....

- **Numer NIP**
- **Numer REGON**
- **Numer KRS** (jeśli dotyczy)
- **Numer wpisu CEIDG**
- **Numer telefonu z nr kierunkowym**
- **Numer fax**
- **Adres e-mail**
- **Numer zaświadczenia potwierdzającego wpis do rejestru podmiotów leczniczych**

.....

Proponowana kwota należności za :

- I.** REHABILITACJĘ KARDIOLOGICZNĄ PACJENTA W RAMACH OPIEKI KOMPLEKSOWEJ PO PRZEBYTYM ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO W WARUNKACH STACJONARNYCH.....ZŁ
- II.** REHABILITACJĘ KARDIOLOGICZNĄ W RAMACH OPIEKI KOMPLEKSOWEJ PACJENTA PO PRZEBYTYM ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO W OŚRODKU LUB ODDZIALE DZIENNYM.....ZŁ
- III.** KARDIOLOGICZNĄ TELEREHABILITACJĘ HYBRYDOWĄ W RAMACH OPIEKI KOMPLEKSOWEJ PACJENTA PO PRZEBYTYM ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO W WARUNKACH DOMOWYCH.....ZŁ

Miejscowość, data

Podpis i pieczęć osoby/osób

uprawnionej/uprawnionych do

Przyjmującego zamówienie