

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 w zakresie **rehabilitacji po przebyłym zawale mięśnia sercowego pacjentów w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał).**

DANE OFERENTA:

NAZWA

(nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego)

NIP

REGON ...

KRS (jeśli dotyczy) ...

Numer telefonu ...

Adres e-mail ...

Numer zaświadczenia potwierdzającego wpis do rejestru podmiotów leczniczych ...

Numer wpisu CEIDG ...

Osoba, która podpisze umowę w imieniu Wykonawcy

Numer konta bankowego ...

Osoba upoważniona do kontaktów w ramach realizacji umowy: tel:

Proponowany udział procentowy wartości produktu rozliczeniowego* za:

Pakiet 1 Rehabilitację kardiologiczną pacjenta w ramach opieki kompleksowej po przebyłym zawale mięśnia sercowego w warunkach stacjonarnych %

Pakiet 2 Rehabilitację kardiologiczną w ramach opieki kompleksowej pacjenta po przebyłym zawale mięśnia sercowego w ośrodku lub oddziale dziennym %

Pakiet 3 Kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej pacjenta po przebyłym zawale mięśnia sercowego w warunkach domowych %

*udział procentowy zaproponowany przez Oferenta w stosunku do aktualnej wartości produktu NFZ, jednak **nie więcej niż 95 %**

Miejscowość, data

Podpis i pieczęć
osoby uprawnionej do
reprezentacji oferenta