|  |  |
| --- | --- |
| **Konkurs nr DZ.4240.4.2025** | **Załącznik nr 1** |

**FORMULARZ OFERTY**

Zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów leczonych w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w warunkach stacjonarnych oraz wizyty koordynującej - kontrolnej - w ramach programu KOS-Zawał.

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma** (nazwa Oferenta) | \*)  |
| **Adres** Oferenta | \*)  |
| NIP | \*)  |
| REGON | \*)  |
| Nazwa bankuNr konta bankowego | \*)  |
| Kod terytorialny i nazwa | \*)  |
| Forma organizacyjno-prawna | \*)  |
| Osoba/y uprawniona/e do reprezentowania:1. Imię i Nazwisko,
2. Telefon
 | \*)  |
| **Numer wpisu do rejestru** zakładów opieki zdrowotnej lub innego odpowiedniego rejestru lub ewidencji:1. Rodzaj rejestru,
2. Organ rejestrujący,
3. Nr wpisu do rejestru,
4. Data wpisu,
5. Data ostatniej aktualizacji
 | \*)  |
| **Liczba i kwalifikacje** zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych. | \*)  |
| DOKŁADNY OPIS PROPONOWANEGO **ROZWIĄZANIA[[1]](#footnote-1)** | \*)  |

***\*) Należy wypełnić lub przedstawić w załącznikach***

…………………………………..…., dnia ………………….. ………………………………………..………………

 (Miejscowość, data) (Podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)

1. *Przez* ***Rozwiązanie*** *należy rozumieć urządzenia, narzędzia (w tym nazwa np.: licencje, oprogramowanie, hardware, inne) i metody służące do realizacji przedmiotu Konkursu.* [↑](#footnote-ref-1)