|  |  |
| --- | --- |
| **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 banku  Nr 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)