

OFERTA CENOWA

przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze

(wypełnia realizator)

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej.....

L.P.	NAZWA I ADRES REALIZATORA (PIECZĄTKA)	OPIS PRZEDMIOTU OFERTY CENOWEJ	CENA	TERMIN PRZYJĘCIA ZLECENIA DO REALIZACJI	TERMIN WYKONANIA ZLECENIA	LIMIT CENOWY NFZ	UDZIAŁ WŁASNY PACJENTA