………………………… **Załącznik nr 2a**

 Pieczęć Oferenta

**Plan rzeczowo-finansowy: rehabilitacja pneumonologiczna w roku 2018**

**Tabela nr 1. Szacunkowy sposób realizacji rehabilitacji pneumonologicznej w roku 2018**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba osób deklarowanych do objęcia programem rehabilitacji pneumonologicznej w roku 2018** | **Koszt cyklu rehabilitacji pneumonologicznej jednego pacjenta** w zł | **Wnioskowana kwota w zł**(ogółem) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **1** |    |   |   |

**Tabela nr 2 Kalkulacja kosztu cyklu rehabilitacji pneumonologicznej jednego pacjenta**

(proszę podać wartość danego kosztu i sposób jej wyliczenia)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów** | **Wyliczenia** wraz z objaśnieniem | **Wartość danego kosztu** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **1** | **OSOBOWE** |  |  |
| **2** | **MATERIAŁOWE** |  |  |
| **3** | **INNE (JAKIE)** |  |  |
| **4** | **SUMA** | **… ZŁ** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………..............……………………. |  | ……………………………..............……………………. |
| Data, imienna pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej za sprawy finansowe Oferenta |  | Data, imienna pieczęć i podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta |