**Załącznik nr 2**

…………………………

 Pieczęć Oferenta

**Plan rzeczowo-finansowy: Wyposażenie sNWM w aparaturę i sprzęt medyczny w roku 2018**

**Tabela nr 1. Sposób organizacji sal NWM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **sala 4- stanowiskowa** | **sala 2-stanowiskowa** |
| **Liczba planowanych do zorganizowania sal NWM** (sNWM powinna liczyć nie mniej niż 4 stanowiska NWM (zamiast jednej 4-stanowiskowej sNWM możliwe jest utworzenie 2 sal 2-stanowiskowych z jednym wyodrębnionym stanowiskiem pielęgniarskim, przy czym stanowisko nadzoru pielęgniarskiego powinno zapewniać bezpośredni kontakt wzrokowy lub przy użyciu kamer ze wszystkimi łóżkami, a w szczególności obserwacji twarzy chorego). |  |  |

**Tabela nr 2. Plan rzeczowo-finansowy w zakresie wyposażenia sNWM w aparaturę i sprzęt medyczny w roku 2018**

Uwaga: w tabeli zamieszczać nazwy wnioskowanego sprzętu według priorytetu zakupu, przy czym poz. 1 to zakup w pierwszej kolejności, ostatnia pozycja zakup najmniej pilny; w przypadku braku miejsca odpowiednio wydłużyć tabelę.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa wnioskowanej aparatury i sprzętu** | **Liczba wnioskowanej aparatury i sprzętu**  | **Szacunkowy koszt jednostkowy w zł** | **Szacunkowy koszt łączny w zł** (kolumna nr 3 x kolumna nr 4) | **Udział własny min. 15%** | **Wnioskowana kwota dofinansowania w zł** |
| **%** | **kwota** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| **1** |    |  |  |   |   |  |   |
| **2** |    |  |  |   |   |  |   |
| **3** |    |  |  |   |   |  |   |
| **SUMA** | X |  |  |  | X |  |  |

**Tabela nr 3. Harmonogram realizacji zadania w zakresie wyposażenia sNWM w aparaturę i sprzęt medyczny w roku 2018**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Wnioskowana aparatura i sprzęt** | **Możliwy termin zakupu** | **Możliwy termin dostawy** | **Możliwy termin instalacji sprzętu** | **Możliwy termin oddania do użytku (rozumiany jako termin rozpoczęcia udzielania świadczeń)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **1** |  |  |  |   |  |
| **2** |  |  |  |   |  |
| **3** |  |  |  |   |  |
| **…** |  |  |  |  |  |

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