***Załącznik nr 1 do SWK***

 Kąty Wrocławskie, dnia....................

 **Burmistrz Miasta i gminy**

  **Rynek ratusz 1**

 **55-080 Kąty Wrocławskie**

**OFERTA**

W związku z ogłoszeniem konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej:

**„Rehabilitacja Lecznicza (Fizjoterapia i Kinezyterapia) Mieszkańców
Miasta i Gminy Kąty Wrocławskie”**

przedkładamy naszą ofertę:

1. Nazwa i siedziba składającego ofertę lub imię i nazwisko oraz adres w stosunku do innego podmiotu świadczącego usługi zdrowotne:

…………………………………………………………………………………………………

1. Status prawny: …………………………………………………………………………………………………
2. Numer i data wpisu do rejestru oraz oznaczenie organu dokonującego wpisu:

…………………………………………………………………………………………………

1. Wskazanie osób wchodzących w skład zespołu do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych ich kwalifikacji, doświadczenia w prowadzeniu rehabilitacji (zgodnie z załącznikiem nr 4 do SWK):

…………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Wykształcenie  | Doświadczenie zawodowe |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Proponowana kwota należności za realizację świadczenia, obejmująca wszystkie koszty związane z realizacja świadczenia (wymienione w pkt VIII SWK dla zabiegów rehabilitacyjnych:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Koszt jednostkowy brutto | **Max ilość zabiegów** | **Koszt całkowity** |
| Jonoforeza |  |  |  |
| Sollux |  |  |  |
| Diadynamik |  |  |  |
| Interdyn |  |  |  |
| Stymulacja |  |  |  |
| TENS prądy |  |  |  |
| Ultradzwięki |  |  |  |
| Laser |  |  |  |
| Gimnastyka bloczkowo, ciężarkowo, wyciągi podwieszane z UGUL |  |  |  |
| Krioterapia miejscowa |  |  |  |
| Terapia polem magnetycznym |  |  |  |
| Masaż suchy |  |  |  |
| Kąpiel wirowa kończyn |  |  |  |
| Galwanizacja |  |  |  |
| Fonoforeza |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

W kosztach poszczególnych zabiegów należy uwzględnić wszystkie koszty a w szczególności :

- zużycie materiałów i energii

- serwis i pomiary techniczne sprzętu medycznego

- wynagrodzenia

1. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę wykorzystywaną przy rehabilitacji

|  |
| --- |
| **Wyposażenie techniczne podstawowe (zgodnie z wymaganiami zamieszczonymi w ogłoszeniu)** |
| *LP.* | zestaw do elektroterapii z osprzętem, |
| *1.* | lampa IR lub IR/UV, |
| *2.* | zestaw do magnetoterapii, |
| *3.* | zestaw do ultradźwięków, |
| *4.* | zestaw do biostymulacji laserowej |
| *5.* | wanny do hydroterapii – kąpieli wirowej kończyn górnych i dolnych. |
| *6.* | - stół rehabilitacyjny, |
| *7.* | - drabinki rehabilitacyjne, |
| *8.* | materace gimnastyczne, |
| *9* | rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych, |
| *10* | UGUL , |
| *11* | stół lub tablica do ćwiczeń manualnych ręki, |
| *12* | cykloergometr. |

|  |
| --- |
| **Wyposażenie techniczne dodatkowe (punktowane zgodnie z kryteriami oceny ofert)** |
| *LP.* | *Rodzaj* | *TAK / NIE* |
| 1. | Laser wysokoenergetyczny |  |
| 2. | Diatermia Krótkofalowa |  |
| 3. | Aparat do krioterapii parami azotu |  |
| 4. | Aparat do krioterapii CO2 |  |
| 5. | Tor do nauki chodzenia |  |
| 6. | Cykloergometr wiosłowy |  |
| 7. | Terapuls |  |
| 8. | Aparat do terapii falą uderzeniową |  |
| 9. | Nebulizator |  |
| 10. | Inhlator |  |

1. Czas trwania umowy: od podpisania umowy do 31.12.2023 r. (w tym przystąpienie do realizacji do 2 tygodni od podpisania umowy).

Do formularza oferty załączam:

Oświadczenia.

Dokumenty (wymienić jakie).

data.....................................

………………………………………………

*Podpis i pieczęć imienna osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu*