Załącznik Nr 1

do Ogłoszenia

**Formularz ofertowy**

**na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Program zapewnienia dostępu do świadczeń z zakresu fizykoterapii wśród mieszkańców Gminy Karczew” w 2017 roku**

1. Pełna nazwa oferenta:

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

1. Dokładny adres siedziby:

Miejscowość…………………………………… ul…………………………………… nr ….…

Tel. fax………………………………… e-mail …………..……………………….

1. Dokładny adres miejsca realizacji zadania:

Miejscowość…………………………………… ul………………………………… nr ….…

Tel. fax………………………………… e-mail …………..……………………….

1. Numer wpisu do rejestru, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (:Dz.U. z 2015r. poz. 618 z późn.zm.) i oznaczenie organu dokonującego wpis:

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………..

1. NIP: ……………………….……………
2. Regon: …………………………………
3. Osoba/osoby upoważnione do podpisywania umów w ramach realizacji zadania (imię, nazwisko, numer telefonu)

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

1. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (imię, nazwisko, numer telefony):

………………………………………………………………………………………………………..

1. Koszt jednostkowy poszczególnych zabiegów:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa zabiegu | Koszt  jednostkowy | Liczba  zabiegów | Łączny koszt |
| 1. | Galwanizacja |  |  |  |
| 2. | Jonoforeza |  |  |  |
| 3. | Elektrostymulacja |  |  |  |
| 4. | Prądy diadynamiczne |  |  |  |
| 5. | Prądy interferencyjne |  |  |  |
| 6. | Prądy Treberta |  |  |  |
| 7. | Ultradźwięki miejscowe |  |  |  |
| 8. | Ultrafonoforeza |  |  |  |
| 9. | Impulsowe pole magn. niskiej częstotl. |  |  |  |
| 10. | Laseroterapia punktowa |  |  |  |
| 11. | Ćwiczenia w odciążeniu |  |  |  |
| 12. | Ćwiczenia indywidualne |  |  |  |
| 13. | Ćwiczenia wspomagane |  |  |  |
| 14. | Krioterapia |  |  |  |
| 15. | Naświetlanie promieniami uv,ir- Sollux |  |  |  |
| 16 | Tens |  |  |  |
| RAZEM: | | --- |  |  |

1. Dane oferenta dotyczące warunków lokalowych oraz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa zabiegu | Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny niezbędny do realizacji zadania | | Sprzęt własny czy dzierżawiony |
| 1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  10.  11.  12.  13.  14.  15.  16. | galwanizacja  jonoforeza  elektrostymulacja  pr. diadynamiczne  pr. interferencyjne  prądy Treberta  ultradźwięki miejsc  ultrafonoforeza  impulsowe pole magn. niskiej częstotliwości  laseroterapia punktowa  ćwicz w odciążeniu  ćwicz.indywidualne  ćwicz.wspomagane  krioterapia  naświetlanie prom. uv, ir – Sollux;  tens |  |  |  |
| Warunki lokalowe | | Podać miejsce i powierzchnię pomieszczeń, w których realizowane będą świadczenia | | |

1. Dane dotyczące liczby i kwalifikacji zawodowych personelu odpowiedzialnego za realizację określonych świadczeń zdrowotnych oraz danie o kierownictwie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Kwalifikacje zawodowe | Rola w realizacji zamówienia |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| … |  |  |  |

1. Dotychczasowe doświadczenie w realizacji świadczeń zdrowotnych podobnego rodzaju:

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

1. Określenie dni i godzin, w których świadczenia zdrowotne będą realizowane:

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

1. Dodatkowe informacje:

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

…………………………………… ………………………………………..

(miejscowość, data ) (pieczęć, podpis oferenta lub osoby upoważnionej)