

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:

.....
.....
.....

2. Dokładny adres siedziby:

Miejscowość..... ul..... nr

Tel. fax..... e-mail

3. Dokładny adres miejsca realizacji zadania:

Miejscowość..... ul..... nr

Tel. fax..... e-mail

4. 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 wpisu:

.....
.....

5. NIP:

6. Regon:

7. Osoba/osoby upoważnione do podpisywania umów w ramach realizacji zadania (imię, nazwisko, numer telefonu)

.....
.....

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

.....

9. 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:		---		

10. 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.	galwanizacja		
2.	jonoforeza		
3.	elektrostymulacja		
4.	pr. diadynamiczne		
5.	pr. interferencyjne		
6.	prądy Treberta		
7.	ultradźwięki miejsc		
8.	ultrafonoforeza		
9.	impulsowe pole magn. niskiej częstotliwości		
10.	laseroterapia		
11.	punktowa		
12.	ćwicz w odciążeniu		
13.	ćwicz.indywidualne		
14.	ćwicz.wspomagane		
15.	krioterapia		
16.	naświetlanie prom. uv, ir – Sollux;		
16.	tens		

Warunki lokalowe	Podać miejsce i powierzchnię pomieszczeń, w których realizowane będą świadczenia
------------------	--

11. 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.			
...			

12. Dotychczasowe doświadczenie w realizacji świadczeń zdrowotnych podobnego rodzaju:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

14. Dodatkowe informacje:

.....

.....

.....

.....

.....

(miejsce, data)

.....

(pieczęć, podpis oferenta lub osoby upoważnionej)