**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa Wykonawcy: ................................................ REGON .................. NIP……..…………

Adres.......................................................... tel. ............................ e-mail ....................................

Nawiązując do prowadzonego postępowaniana realizację zadania pn.: Rehabilitacja indywidualna uczestników projektu „Nowe wyzwania – lepsza przyszłość”.

Oferuję wykonanie całości przedmiotu zamówienia przy zastosowaniu następujących cen jednostkowych zabiegów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NAZWA ZABIEGU | Cena netto za zabieg | Cena brutto za zabieg |
| 1. ***Ćwiczenia ogólnousprawniające – 140 zabiegów***
 |   |   |
| 1. ***Ćwiczenia Metodą Bobath – 80 zabiegów***
 |   |   |
| 1. ***Ćwiczenia równoważne – 120 zabiegów***
 |   |   |
| 1. ***Ćwiczenia lokomocji – 60 zabiegów***
 |   |   |
| 1. ***Ćwiczenia bierne kk d – 20 zabiegów***
 |   |   |
| 1. ***Ćwiczenia metodą PNF – 20 zabiegów***
 |   |   |
| 1. ***Ćwiczenia wspomagane kk d – 20 zabiegów***
 |   |   |
| 1. ***Doskonalenie chodu – 20 zabiegów***
 |  |  |
| 1. ***Masaż mięśni grzbietu – 20 zabiegów***
 |  |  |
| 1. ***Ćwiczenia manualne lewej dłoni – 20 zabiegów***
 |  |  |
| 1. ***Ćwiczenia czynne w odciążeniu kkg i kkd – 20 zabiegów***
 |  |  |
| 1. ***Ćwiczenia wspomagane kończyn górnych, kończyn dolnych – 20 zabiegów***
 |   |   |
| 1. ***Doskonalenie lokomocji – 40 zabiegów***
 |   |   |
| 1. ***Ćwiczenia koordynacji ruchowej – 60 zabiegów***
 |   |   |
| 1. ***Masaż mięśni grzbietu i kkd – 20 zabiegów***
 |  |  |
| 1. ***Laser –***

***kr. Szyjny - 20 zabiegów******mm grzbietu – 20 zabiegów*** |  |  |
| 1. ***Pr. Tens – kr. L-S – 20 zabiegów***
 |  |  |
| 1. ***Masaż klasyczny – kr. szyjny – kr. Lędźwiowy- 20 zabiegów***
 |  |  |
| 1. ***Ćwiczenia wspomagane kończyny dolne – 20 zabiegów***
 |  |  |
| 1. ***Pole magnetyczne – 20 zabiegów***
 |  |  |
| 1. ***Dojazd:***

***Chełmek (20 wizyt)******Kęty (20 wizyt)******Brzeszcze (40 wizyt)******Zator (20 wizyt)******Oświęcim ( 20 wizyt)***  |  |  |

Łączny koszt realizacji usługi wynosi ……………… netto, ……..….….. brutto VAT …… %

Usługa będzie realizowana w pomieszczeniu znajdującym się pod następującym adresem:

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

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.
2. Oświadczam, że pomieszczenie udostępnione przez Wykonawcę na potrzeby realizacji usługi znajduje się na terenie powiatu oświęcimskiego.
3. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania usług rehabilitacji.
4. Oświadczam, że posiadam wyposażenie pozwalające na realizację wszystkich zabiegów wymienionych w pkt I rozeznania.
5. Oświadczam iż posiadam / nie posiadam podpisaną umowę na realizację zabiegów rehabilitacyjnych z Narodowym Funduszem Zdrowia lub firmą ubezpieczeniową (niepotrzebne skreślić).

....................... dnia ......................... ..........................................................

podpis wraz z pieczątką osoby

 upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy