

Kąty Wrocławskie, dnia.....

BURMISTRZ MIASTA I GMINY  
RYNEK RATUSZ1  
55-080 Kąty Wrocławskie

## OFERTA

W związku z ogłoszeniem konkursu na wybór realizatora programu zdrowotnego:

„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:

.....

2. Status prawny:

.....

3. Numer i data wpisu do rejestru oraz oznaczenie organu dokonującego wpisu:

.....

4. 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

5. Proponowana kwota należności za realizację świadczenia, obejmująca wszystkie

koszty związane z realizacją świadczenia (wymienione w pkt VIII SWK dla zabiegów rehabilitacyjnych:

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

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

- zużycie materiałów i energii
- serwis i pomiary techniczne sprzętu medycznego
- wynagrodzenia

6. 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 – kąpeli 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	

7. Czas trwania umowy: od podpisania umowy do 31.12.2014 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*