**Załącznik Nr 2**

 **do Zarządzenia Nr OPG/ 2/17**

 **Wójta Gminy Suszec**

 **z dnia 3 kwietnia 2017r.**

*pieczątka firmy Oferenta data sporządzenia oferty*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do konkursu ofert na realizację „Programu profilaktyki dysfunkcji kręgosłupa na lata 2015-2020”w 2017r.**

1. **DANE O OFERENCIE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Nazwa oferenta** |  |
| **2.** | **Adres oferenta** |  |
|  **3.** | **Telefon,****Fax,****e-mail** |  |
|  |
|  |
| **4.** | **NIP** |  |
| **5.** | **REGON** |  |
| **6.** | **Konto bankowe (bank i numer konta)** |  |
| **7.** | **Określenie warunków lokalowych:** |  |
| **8.** | **Wyposażenie w aparaturę i sprzęt niezbędny do wykonania zadania:** |  |

**II. INFORMACJE O MIEJSCU WYKONANIA ZADANIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Miejsce realizacji zadania (adres)** |  |
| **2.** | **Dostępność (dni i godziny przyjmowania dzieci zakwalifikowanych do programu)** |  |
| **3.** | **Możliwość telefonicznej rejestracji (numer telefonu)** |  |

1. **INFORMACJA O PERSONELU MEDYCZNYM PRZEWIDZIANYM DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Określenie liczby osób, które będą realizowały świadczenia w ramach programu objętego przedmiotem konkursu** |  |
| **2.** | **Imię i nazwisko lekarza, rodzaj kwalifikacji zawodowych** |  |
| **3.** | **Imię i nazwisko (inny personel medyczny) rodzaj kwalifikacji zawodowych** |  |

1. **OFERTA CENOWA WYKONANIA USŁUGI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 1. **Jednostkowy koszt usługi:**

 * porada fizjoterapeutyczna profilaktyka:

- szkoła pleców obejmująca wszystkie aspekty życia, * działania prozdrowotne:

- korekcja przestrzenna dysku – ćwiczenia specjalne metodą Mc̉ Kenie΄go, - ćwiczenia specjalne- stabilizacyjne met. Neurac΄ a , - ćwiczenia specjalne – metoda PNF - , - ćwiczenia streching medyczny met Evjenth΄a - ćwiczenia specjalne- platforma balansowa , - komputerowy test równowagi i propriocepcji na platformie stabilometrycznej,- komputerowo dobrane do dysfunkcji ćwiczenia reedukacji na platformie balansowej- ćwiczenia na bieżni do oceny reakcji: stopa- podłoże” - ćwiczenia dna miednicy. | **Czas**  | koszt |
|  …..min….. min…. min  ….min  …..min…. min…. min  …. min …. min  … min… min | …… zł brutto,  …… zł brutto,…… zł brutto, …. zł. brutto, …. zł. brutto, …..….zł. brutto,.… . zł brutto. …… zł brutto,…… .zł brutto…… zł brutto,…… zł brutto |

 *……………………………………………………*

*Podpis kierownika podmiotu leczniczego*

 *wykonującego działalność leczniczą*

w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej