**Załącznik Nr 2**

 **do Zarządzenia Nr OPG/ 3/2019**

**Wójta Gminy Suszec**

**z dnia 1 kwietnia 2019r.**

*pieczątka firmy Oferenta data sporządzenia oferty*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do konkursu ofert na realizację „Programu profilaktyki chodu w wieku 55+ na lata 2015-2020” w 2019 r.**

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:****- sala rehabilitacyjna** |  |
| **8.** | **Wyposażenie w aparaturę i sprzęt niezbędny do realizacji zadania**  |  |

**II. INFORMACJE O MIEJSCU WYKONANIA ZADANIA**

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

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

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

**IV. PLAN RZECZOWO – FINANSOWY**

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

- porada fizjoterapeutyczna - profilaktyka - szkoła profilaktyki stawów obejmująca wszystkie aspekty życia **działania prozdrowotne**:- 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 - reedukacja chodu | **Czas**  | koszt |
| 20 min10 min. 10 min 10 .min10 min  10 min  10 min  10 min 10 min. 10 min. |  ……….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