**Załącznik Nr 2**

**do Zarządzenia Nr OPG/ 2/20**

**Wójta Gminy Suszec**

**z dnia 4.08.2020r.**

*pieczątka firmy Oferenta data sporządzenia oferty*

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

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 osób 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*