**Załącznik Nr 2**

**do Zarządzenia Nr OPG/2/2024**

**Wójta Gminy Suszec**

**z dnia 12.04.2024 r.**

*…………………………….. ……………………………..*

*pieczątka firmy Oferenta data sporządzenia oferty*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do konkursu ofert na realizację „Programu profilaktyki chodu w wieku 55+ na lata 2015-2021” w 2024 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 min  10 min.  10 min  10 .min  10 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*