**Załącznik Nr 2**

**do Zarządzenia Nr OPG.1.2025**

**Wójta Gminy Suszec**

**z dnia 3.06.2025 r.**

*……………………………. ……………………………*

*pieczątka firmy Oferenta data sporządzenia oferty*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do konkursu ofert na realizację „Programu profilaktyki dysfunkcji kręgosłupa na lata 2015-2021” kontynuacja w 2025 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:** |  | |
| **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 |
| 20 min  10 min  10 min    10 min  10 min  5 min  10 min    10 min  10 min    10 min  5 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*