 Projekt „Aktywna integracja w gminie Alwernia” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach poddziałania 9.1.1 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020. Numer projektu RPMP.09.01.01-12-0027/20

**OFERTA**

Nazwa Wykonawcy: ................................................ REGON .................. NIP……..…………

Adres.......................................................... tel. ............................ e-mail ....................................

Nawiązując do prowadzonego postępowaniana realizację zadania pn.:

Rehabilitacja indywidualna uczestników projektu.

Oferuję wykonanie całości przedmiotu zamówienia przy zastosowaniu następujących cen:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zabiegu** | **Ilość** | **Cena brutto** | **Koszt brutto** |
| 1 | Prądy TENS | 40 |  |  |
| 2 | Laser | 70 |  |  |
| 3 | Pole Magnetyczne | 30 |  |  |
| 4 | Krioterapia | 75 |  |  |
| 5 | Fonoforeza | 20 |  |  |
| 6 | Masaż wirowy kończyn dolnych | 15 |  |  |
| 7 | Masaż wirowy kończyn górnych | 15 |  |  |
| 8 | Masaż klasyczny całościowy | 10 |  |  |
| 9 | Masaż klasyczny częściowy | 30 |  |  |
| 10 | Ćwiczenia czynne wolne | 105 |  |  |
| 11 | Ćwiczenia czynne w odciążeniu | 20 |  |  |
| 12 | Usprawnianie chodu | 30 |  |  |
| 13 | Ćwiczenia ogólnousprawniające | 70 |  |  |
| 14 | Ćwiczenia czynno-bierne | 270 |  |  |
| 15 | Ćwiczenia oddechowe | 30 |  |  |
| 16 | Ćwiczenia izometryczne | 30 |  |  |
| 17 | Terapia PNF | 30 |  |  |
| 18 | Terapia manualna | 20 |  |  |
| 19 | Ćwiczenia równoważne | 10 |  |  |
| **Rehabilitacja w warunkach domowych** |  |  |
| 1. | Terapia PNF | 30 |  |  |
| 2. | Ćwiczenia wspomagane | 15 |  |  |
| 3. | Ćwiczenia czynno-bierne | 15 |  |  |
| 4. | Ćwiczenia izometryczne | 30 |  |  |

Usługa będzie realizowana w pomieszczeniu znajdującym się pod następującym adresem:

 ………………………………………………….…………………………………….……….

**Łączny koszt realizacji usługi wynosi ……… netto, ……….. brutto VAT …… %**

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.
2. Oświadczam, że pomieszczenie udostępnione przez Wykonawcę na potrzeby realizacji usługi znajduje się znajdować się na terenie Gminy Alwernia,
3. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania usług rehabilitacji.
4. Oświadczam, że posiadam wyposażenie pozwalające na realizację wszystkich zabiegów wymienionych w pkt I rozeznania.
5. *Oświadczam iż posiadam / nie posiadam\* podpisaną umowę na realizację zabiegów rehabilitacyjnych z Narodowym Funduszem Zdrowia lub firmą ubezpieczeniową* (\*niepotrzebne skreślić).

....................... dnia ......................... ..........................................................

podpis wraz z pieczątką osoby

 upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy