

Projekt „Nowe szanse – nowe możliwości” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach poddziałania 9.1.1 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020. Numer projektu: RPMP.09.01.01-12-0026/16

**OFERTA**

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

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

Nawiązując do prowadzonego postępowaniana realizację zadania pn.:

Rehabilitacja indywidualna uczestników projektu „Nowe szanse – nowe możliwości”.

Oferuję wykonanie całości przedmiotu zamówienia przy zastosowaniu następujących cen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  nazwa zabiegu | Cena za zabieg netto netto | Cena za zabieg brutto brutto |
| Aguavibron cały kręgosłup |  |  |
| Masaż sekwencyjno-uciskowy kończyn dolnych  |  |  |
| Rozciąganie m.kulszowo goleniowych |  |  |
| Masaż suchy cały kręgosłup |  |  |
| Masaż suchy kręgosłup LS+Th |  |  |
| Masaż suchy kręgosłup Th |  |  |
| Masaż suchy kręgosłup LS |  |  |
| Masaż suchy kończyna górna prawa i lewa |  |  |
| Masaż podwodny |  |  |
| Masażwirowy kończyn górnych |  |  |
| Masaż wirowy kończyn dolnych |  |  |
| Masaż wirowy kończyn dolnych + kręgosłup lędźwiowy |  |  |
| Grota solna |  |  |
| Ćwiczenia PNF |  |  |
| Ćw. Wg. Met NDT Bobath |  |  |
| Redresja mięsień trójgłowy podudzia |  |  |
| Redresja ścięgna Achillesa |  |  |
| Ćwiczenia równoważne |  |  |
| Ćwiczenia manipulacyjne |  |  |
| Ćwiczenia czynne wolne |  |  |
| Ćwiczenia na przyrządach |  |  |
| Tens |  |  |
| Terapia manualna |  |  |
| Kriokomora |  |  |
| Krioterapia miejscowa ręka  |  |  |
| Krioterapia miejscowa odcinek lędźwiowy |  |  |
| Krioterapia miejscowa odcinek szyjny |  |  |
| Fala uderzeniowa śc. Achillesa |  |  |
| Fala uderzeniowa barku |  |  |
| Ultradżwieki palec |  |  |
| Ultradźwięki kręgosłup lędźwiowy |  |  |
| Pole magnetyczne stawy biodrowe |  |  |
| Pole magnetyczne kolano prawe |  |  |
| Pole magnetyczne LS |  |  |
| Viofor materac |  |  |
| Laser kręgosłup szyjny |  |  |
| Laser kręgosłup lędźwiowy |  |  |
| Laser hallux prawy |  |  |
| Laser hallux lewy |  |  |
| Laser kolano prawe |  |  |
| Laser kolano lewe |  |  |
| Prądy treberta kr. Szyjny |  |  |
| Prądy treberta kr. Lędźwiowy |  |  |
| Bioptron odc. Th |  |  |
| Bioptron bark  |  |  |
| Prądy interferencyjne kr. Lędźwiowy |  |  |
| Intervac kr. Lędźwiowy |  |  |
| Jonoforeza borowinowa ręka prawa |  |  |
| Jonoforeza borowinowa ręka lewa |  |  |
| Elektrostymulacja zginacze stopy |  |  |
| Zawijania borowinowe mięsień trójgłowy podudzia |  |  |
| Zawijania borowinowe całkowite |  |  |
| Basen |  |  |

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

Usługa będzie realizowana w pomieszczeniu znajdującym się pod następującym adresem:

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

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 znajdują się na terenie powiatu brzeskiego,
3. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania usług rehabilitacji.
4. Oświadczam, że posiadam wyposażenie pozwalające na realizację wszystkich zabiegów wymienionych w pkt I rozeznania.

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

podpis wraz z pieczątką osoby

 upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy