

Załącznik do ogłoszenia Wójtka Gminy Tomaszów Mazowiecki z dnia 5 lipca 2017 r. z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców Gminy Tomaszów Mazowiecki  
**(Formularz oferty)**

Tomaszów Mazowiecki, .....

**Gmina Tomaszów Mazowiecki  
Ul. Prezydenta Ignacego Mościckiego 4  
97-200 Tomaszów Mazowiecki**

**OFERTA**

**na realizację zadań z zakresu opieki zdrowotnej, w rodzaju rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców Gminy Tomaszów Mazowiecki**

Nazwa i adres oferenta:

.....

NIP .....

REGON .....

Tel/faks /email .....

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami zawartymi w ogłoszeniu o otwartym konkursie ofert na realizację zadań z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców Gminy Tomaszów Mazowiecki zgodnie z poniższymi warunkami:

ocena	nazwa produktu rozliczeniowego	wymagania sprzętowe i lokalowe	kinezyterapia		liczba punktów
			waga punktowa produktu rozliczeniowego	czy oferent będzie realizował	
1 punkt	indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min. *	W oddzielnym pomieszczeniu: UGUL z osprzętem, stół rehabilitacyjny materace, drabinki, stół do ćwiczeń manualnych, bieżnia elektryczna lub tor do nauki chodu -	25	TAK / NIE	
1 punkt	ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut		8	TAK / NIE	
1 punkt	pionizacja		8	TAK / NIE	
1 punkt	ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut		6	TAK / NIE	

1 punkt	ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - minimum 15 minut		6	TAK / NIE	
1 punkt	ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut		6	TAK / NIE	
1 punkt	nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut		8	TAK / NIE	
1 punkt	wyciągi		7	TAK / NIE	
1 punkt	inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut		5	TAK / NIE	
<b>masaż</b>					
1 punkt	masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	Oddzielny gabinet masażu	10	TAK / NIE	
1 punkt	masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	Oddzielny gabinet masażu	12	TAK / NIE	
<b>elektrollecznictwo</b>					
1 punkt	galwanizacja	Aparat do elektroterapii z osprzętem	4	TAK / NIE	
1 punkt	jonoforeza	Aparat do elektroterapii z osprzętem	5	TAK / NIE	
1 punkt	tonoliza	Aparat do elektroterapii z osprzętem	6	TAK / NIE	
1 punkt	prądy diadynamiczne	Aparat do elektroterapii z osprzętem	4	TAK / NIE	
1 punkt	prądy interferencyjne	Aparat do elektroterapii z osprzętem	4	TAK / NIE	
1 punkt	prądy TENS	Aparat do elektroterapii z osprzętem	4	TAK / NIE	
1 punkt	prądy TRAEBERTA	Aparat do elektroterapii z osprzętem	4	TAK / NIE	
1 punkt	prądy KOTZA	Aparat do elektroterapii z osprzętem	4	TAK / NIE	

1 punkt	ultradźwięki miejscowe	Aparat do ultradźwięków	6	TAK / NIE	
1 punkt	ultrafonoforeza	Aparat do ultradźwięków	7	TAK / NIE	
<b>leczenie polem elektromagnetycznym</b>					
1 punkt	impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	Aparat wytwarzający pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	6	TAK / NIE	
1 punkt	diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	Aparat do diatermii krótko-, mikrofalowej z osprzętem	6	TAK / NIE	
1 punkt	impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	Aparat do magnetoterapii z osprzętem	3	TAK / NIE	
<b>światłolecznictwo i termoterapia</b>					
1 punkt	naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym — miejscowe	Lampa emitująca promienie podczerwone i/lub ultrafioletowe	3	TAK / NIE	
1 punkt	laseroterapia punktowa	Aparat do laseroterapii z osprzętem	6	TAK / NIE	
<b>hydroterapia</b>					
1 punkt	kąpiel wirowa kończyn górnych	wanna do masażu podwodnego kończyn górnych	7	TAK / NIE	

1 punkt	kąpiel wirowa kończyn dolnych	wanna do masażu podwodnego kończyn dolnych	7	
1 punkt	szatnia dla pacjentów stanowiąca odrębne pomieszczenie			

TAK / NIE	
<b>oferowana cena za punkt rozliczeniowy</b>	..... zł
kompleksowość	Max 30 punktów
cena	Max 10 punktów
dostępność	Max 10 punktów

**Miejsce realizacji usługi:**

Nazwa: .....

Adres: .....

## OŚWIADCZENIA

### 1. Oświadczamy, że :

- 1) zapoznaliśmy się z warunkami podanymi przez Zamawiającego w ogłoszeniu o otwartym konkursie ofert i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) oświadczamy, iż posiadamy sprzęt i aparaturę medyczną konieczną do realizacji świadczeń o których mowa w ofercie.
- 3) oświadczamy, iż spełniamy wszystkie warunki udziału w postępowaniu, w szczególności posiadamy zasoby kadrowe, sprzętowe i lokalowe umożliwiające realizację zadań o których mowa w ofercie.
2. W przypadku udzielenia nam zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia umowy na zasadach określonych w niniejszym postępowaniu, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
3. Do oferty dołączono :
  - 1) .....
  - 2) .....

Adres, na który Zamawiający powinien przesłać ewentualną korespondencję: .....

Osoba wyznaczona do kontaktów z Zamawiającym: .....

Numer telefonu: 0 (\*\*).....

Numer faksu na który będzie wysyłana korespondencja: 0 (\*\*) .....

Adres e-mail: .....

.....  
/ Miejscowość, rok, m-c, dzień/

.....  
/Podpis osoby/ób uprawnionych do składania  
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy