Załącznik do ogłoszenia Wójta Gminy Tomaszów Mazowiecki z dnia 6 lutego 2019 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:

| | **nazwa produktu rozliczeniowego** | **wymagania sprzętowe i lokalowe** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ocena** | | | **waga punktowa produktu rozliczeniowego** | **czy oferent będzie realizował** | **liczba punktów** |
| **kinezyterapia** | | | | | |
| 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 | |
| **masaż** | | | | | |
| 1 punkt | masaż suchy - częściowy - minumum 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 | |
| **elektrolecznictwo** | | | | | |
| 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 | |
| **leczenie polem elektromagnetycznym** | | | | | |
| 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 | |
| **światłolecznictwo i termoterapia** | | | | | |
| 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 | |
| **hydroterapia** | | | | | |
| 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 | |
| | | | | **oferowana cena za punkt rozliczeniowy** | ..... 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

WÓJT GMINY
Franciszek Szmigiel