

Projekt „Mały krok do szczęścia” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach poddziałania 9.1.1 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020. Numer projektu RPMP.09.01.01-12-0072/18

## OFERTA

Nazwa Wykonawcy: .....

REGON ..... NIP .....

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

Nawiązując do prowadzonego postępowania na realizację zadania pn.:  
Rehabilitacja indywidualna uczestników projektu.

Oferuję wykonanie całości przedmiotu zamówienia przy zastosowaniu następujących cen:

| LP | ZABIEG   | ILOŚĆ | CENA | SUMA |
|----|--|-------|------|------|
| 1  | lampa solux  | 20    |      |      |
| 2  | laser  | 50    |      |      |
| 3  | ćwiczenia indywidualne 30 minut  | 20    |      |      |
| 4  | pole magnetyczne   | 20    |      |      |
| 5  | prąd TENS  | 20    |      |      |
| 6  | Ćwiczenia indywidualne 60 minut  | 20    |      |      |
| 7  | masaż odcinkowy kończyn górnych  | 80    |      |      |
| 8  | ćwiczenia indywidualne PNF - 30 minut  | 30    |      |      |
| 9  | ćwiczenia indywidualne PNF - 60 minut  | 80    |      |      |
| 10 | fizykoterapia  | 40    |      |      |
| 11 | kinezyterapia  | 40    |      |      |
| 12 | ćwiczenia indywidualne PNF w domu pacjenta - 60 minut wraz z kosztem dojazdu | 140   |      |      |
| 13 | taping medyczny  | 20    |      |      |
| 14 | masaż limfatyczny  | 20    |      |      |

Usługa będzie realizowana w pomieszczeniu znajdującym się pod następującym adresem:

.....

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

Oświadczenia:

- Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.
- Oświadczam, że pomieszczenie udostępnione przez Wykonawcę na potrzeby realizacji usługi znajduje się na terenie Gminy Zielonki,
- 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 pieczętą osoby  
upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy