

Załącznik do ogłoszenia Wójta Gminy Tomaszów Mazowiecki z dnia 30 stycznia 2018 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 - 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	
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:

WOJTY GMINY
Franciszek Szynigiel

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