Załącznik Nr 1 do ogłoszenia
o konkursie z dnia 1 października 2018 r.
w sprawie realizacji zadań z zakresu
świadczeń gwarantowanych opieki
zdrowotnej, w rodzaju rehabilitacja
lecznicza.

Gmina Wolbórz

Pl. Jagiełły 28

97-320 Wolbórz

OFERTA

na realizację zadań z zakresu świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej, w rodzaju rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców gminy Wolbórz

Nazwa i adres Świadczeniodawcy:

.....

.....

.....

.....

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 gwarantowanych opieki zdrowotnej, w rodzaju rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców gminy Wolbórz zgodnie z poniższymi warunkami:

Ocena	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wymagania sprzętowe i lokalowe	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	Tono liza	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 elektroterapii z osprzętem	6	TAK/NIE	
1 punkt	Ultrafonoforeza	Aparat do elektroterapii z osprzętem	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	TAK/NIE	
Krioterapia					
1 punkt	Krioterapia-miejscowe (pary azotu)	Pary azotu	8	TAK/NIE	
1 punkt	szatnia dla pacjentów stanowiąca odrębne pomieszczenie	X	X	TAK/NIE	
			Oferowana cena za punkt rozliczeniowy		

Miejsce realizacji usługi **położone na terenie gminy Wolbórz**

Nazwa: .....

Adres .....

OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że :

1) zapoznałem się z warunkami podanymi przez Zamawiającego w ogłoszeniu o otwartym konkursie ofert i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
2) zapoznałem się i akceptuję warunki umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza,
3) zapoznałem się z zasadami przygotowania i składania oferty,
4) oświadczam, iż spełniam wszystkie warunki udziału w postępowaniu, w szczególności posiadam zasoby kadrowe, sprzętowe i lokalowe umożliwiające realizację zadań, o których mowa w ofercie,
5) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą realizowane świadczenia,
6) oświadczam, iż wszystkie dane i informacje podane w złożonej ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie ona zawarta.

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:

.....

.....

Adres, na który Zamawiający powinien przesyłać ewentualną korespondencję:

.....
.....

Osoba wyznaczona do kontaktów z Zamawiającym:

.....

Numer telefonu: .....

Numer faksu, na który będzie wysyłana korespondencja: .....

Adres e-mail: .....

....

(Miejscowość, data) (Podpis osoby/ób uprawniony do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

Załącznik do formularza ofertowego

Wykaz personelu przy pomocy, którego Świadczeniodawca będzie realizował świadczenia będące przedmiotem oferty.

„HARMONOGRAM- ZASOBY"

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie – specjalizacja	Doświadczenie Zawodowe

....

(Miejscowość, data) (Podpis osoby/ób uprawniony do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)