

Projekt „Uwierz w siebie” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach poddziałania 9.1.1 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020. Numer projektu: RPMP.09.01.01-12-0044/16.

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa Wykonawcy: ................................................ REGON ...............… NIP……..…………

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

Nawiązując do prowadzonego postępowanianarealizację zadania pn.:

Rehabilitacja indywidualna uczestników projektu „*UWIERZ W SIEBIE*”.

Oferuję wykonanie całości przedmiotu zamówienia przy zastosowaniu następujących cen jednostkowych zabiegów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i ilość zabiegów | Cena netto za 1 zabieg | Cena brutto za 1 zabieg |
| KRIOTERAPIA KOLANO P+L - 10+10X |   |   |
| LASER KOLANO P+L - 10+10X |   |   |
| ĆWICZENIA CZYNNE KOLANO - 10X |   |   |
| TENS KRĘGOSŁUP L-S - 10X |   |   |
| MAGNETOTERAPIA KOLANA - 10X |   |   |
| MASAŻ KRĘGOSŁUPA L-S - 10X |   |   |
| LASER KRĘGOSŁUPA L-S - 10X |   |   |
| SOLUX KRĘGOSŁUP L-S - 10X |   |   |
| ĆWICZENIA CZYNNE KRĘGOSŁUP L-S - 10X  |   |   |
| TERAPIA MANUALNA KRĘGOSŁUP L-S - 10X |   |   |
| MAGNETOTERAPA KOLANO L+P - 10X |   |   |
| KRIOTERAPIA KOLANO P - 10X |   |   |
| JONOFOREZA KOLANO P - 10X |   |   |
| LASER KOLANO P - 10X |   |   |
| ĆWICZENIA CZYNNE KOLANO - 10X |   |   |
| ĆWICZENIA + TERAPIA MANUALNA BARK P - 10X |   |   |
| KRIOTERAPIA BARK P - 10X |   |   |
| LASER BARK P - 10X |   |   |
| MAGNETOTERAPIA RĘKA - 10X |   |   |
| INTERDYNAMIK BARK P - 10X |   |   |
| ĆWICZENIA INDYWIDUALNE PNF - 10X |   |   |
| LASER BIODRO P - 10X |   |   |
| TENS L- S KRĘGOSŁUP - 10X |   |   |
| SOLUX L- S - 10 X |   |   |
| MAGNETOTERAPIA BIODRA - 10X |   |   |
| MASAŻ L-S - 10X |   |   |
| LASER L –S - 10X |   |   |
| SOLUX L-S - 10X |   |   |
| ĆWICZENIA CZYNNE PNF L-S - 10X |   |   |
| ĆWICZENIA + TERAPIA MANUALNA - 10 X |   |   |
| PNF -KRĘGOSŁUP -20X |  |  |
| KRIO STAW KOLANOWY PRAWY -10X |  |  |
| KRIO STAW KOLANOWY LEWY -10X |  |  |
| MASAŻ KLASYCZNY KRĘGOSŁUP L-S -20X |  |  |
| ĆWICZENIA PNF - 20X |  |  |
| SOLUX L-S -10X |  |  |
| MASAŻ KLASYCZNY L-S -10 X |  |  |
| KRIO AZOT L-S 20X |  |  |

Usługa będzie realizowana w pomieszczeniu znajdującym się pod następującym adresem:

 ………………………………………………….…………………………………….……….

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.
2. Oświadczam, że pomieszczenie udostępnione przez Wykonawcę na potrzeby realizacji usługi znajduje się znajdować się na terenie gminy Charsznica
3. Oświadczam, że posiadam wyposażenie pozwalające na realizację wszystkich zabiegów wymienionych w pkt I rozeznania.

....................... dnia ......................... ..........................................................

podpis wraz z pieczątką osoby

 upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy