 Projekt „Aktywny Bolesław” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach poddziałania 9.1.1 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020. Numer projektu RPMP.09.01.01-12-0075/18

**OFERTA**

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

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

Nawiązując do prowadzonego postępowaniana realizację zadania pn.:

Rehabilitacja indywidualna uczestników projektu.

Oferuję wykonanie całości przedmiotu zamówienia przy zastosowaniu następujących cen:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NAZWA | ILOŚĆ | CENA | KOSZT |
| 1 | Prąd jonoforeza | 10 |  |  |
| 2 | Pole magnetyczne | 110 |  |  |
| 3 | Ćwiczenia indywidualne | 70 |  |  |
| 4 | Prądy tens | 120 |  |  |
| 5 | Masaż klasyczny | 170 |  |  |
| 6 | Sollux | 30 |  |  |
| 7 | Terapia manualna | 170 |  |  |
| 8 | Laser | 10 |  |  |
| 9 | Luioterapia | 10 |  |  |
| 10 | Krioterapia ciekłym azotem | 10 |  |  |

Usługa będzie realizowana w pomieszczeniu znajdującym się pod następującym adresem:

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

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

Koszt dojazdu do miejsca zamieszkania uczestnika projektu ……….

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 Bolesław,
3. 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 pieczątką osoby

 upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy