**Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego**

**FORMULARZ OFERTOWY**

………………………………………………..

(Pieczątka Wykonawcy/ów)

Nazwa Wykonawcy ……………………………………………………………………………………………………………

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

Adres: ulica……………………………………..................................., ………………………………..

kod pocztowy……………….……….

miejscowość…………………………………………………,województwo……………………………  
tel. ............................................................ fax. …………………………… e-mail…………………….

Nawiązując do ogłoszonego zapytania ofertowegona realizację zadania pn.: ***„Świadczenie usług rehabilitacyjnych dla niepełnosprawnych uczestników projektu „Aktywność moją szansą”   
w 2017 roku”***

jako upoważniony/upoważnieni na piśmie lub wpisani w rejestrze w imieniu reprezentowanej firmy oświadczam/oświadczamy, że:

1. Oferujemy wykonanie usługi objętej zamówieniem za cenę:

Brutto …………………………………………………………. PLN

(słownie: ....................................................................................................................................)

w tym:

podatek VAT ………% …………….PLN

netto………………………………PLN

1. Deklarujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie: …………………………………
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapisami zapytania ofertowego oraz jej załącznikami

i nie wnosimy do nich zastrzeżeń;

1. Uznajemy się za związanych określonymi w zapytaniu ofertowym zasadami postępowania;
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w zapytaniu ofertowym tj. 30 dni od upływu ostatecznego terminu składania ofert;
3. Załącznikami do niniejszej oferty są:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| 8. |  |
| … |  |

......................... dnia ............................ ……………………………………………

|  |
| --- |
| *pieczęć i podpis osób upoważnionych* |
| *do reprezentowania Wykonawcy* |
|  |

\*- niepotrzebne skreślić

Załącznik do formularza ofertowego

Szczegółowa kalkulacja przeprowadzenia zabiegów i zajęć rehabilitacyjnych

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa zabiegu/zajęcia** | **Ilość zabiegów/zajęć** | **Cena jednostkowa za zabieg/zajęcie** | **Całkowita cena za zabieg/zajęcie** |
|  | masaż całego kręgosłupa | 85 |  |  |
|  | masaż częściowy kręgosłupa | 10 |  |  |
|  | masaż kończyn dolnych | 55 |  |  |
|  | masaż kończyn górnych | 20 |  |  |
|  | masaż limfatyczny BOA | 10 |  |  |
|  | lampa soplux | 10 |  |  |
|  | pole magnetyczne | 45 |  |  |
|  | laser | 30 |  |  |
|  | laser wysokoenergetyczny | 10 |  |  |
|  | ultradźwięki | 45 |  |  |
|  | stymulacja | 23 |  |  |
|  | prądy Tens | 25 |  |  |
|  | prądy Trauberta | 14 |  |  |
|  | krioterapia | 18 |  |  |
|  | wirówki | 30 |  |  |
|  | fala uderzeniowa | 6 |  |  |
|  | ćwiczenia bierne kończyn górnych | 10 |  |  |
|  | ćwiczenia kończyn dolnych | 40 |  |  |
|  | ćwiczenia izometryczne | 20 |  |  |
|  | ćwiczenia równoważne | 15 |  |  |
|  | ćwiczenia oddechowe | 20 |  |  |
|  | ćwiczenia ogólnorozwojowe | 30 |  |  |
|  | ćwiczenia rozluźniające | 50 |  |  |
| CAŁKOWITY KOSZT WSZYSTKICH ZABIEGÓW I ZAJĘĆ | | | |  |

......................... dnia ............................ ……………………………………………

|  |
| --- |
| *pieczęć i podpis osób upoważnionych* |
| *do reprezentowania Wykonawcy* |
|  |