

Załącznik Nr 2
do Zarządzenia Nr 0050.11.2016
Burmistrza Miasta Zambrów
z dnia 9 lutego 2016r.

Formularz ofertowy
na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej
zgodnie z przyjętym Programem zdrowotnym
„Rehabilitacja lecznicza – fizjoterapia mieszkańców Zambrowa na rok 2016

1. Pełna nazwa oferenta:
2. Dokładny adres siedziby:
tel. fax
email:
3. Dokładny adres miejsca realizacji zadania:
miejscowość, ul. tel. fax
.....
4. Numer wpisu do rejestru, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r.
o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn.zm.) i oznaczenie organu
dokonującego wpisu:
.....
.....
5. NIP:
6. Regon:
7. Osoba/osoby upoważnione do podpisywania umów w ramach realizacji zadania:
.....
.....
8. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (imię, nazwisko,
numer telefonu komórkowego):
.....
9. Nazwa
banku.....
nr rachunku bankowego
10. Proponowany termin wykonywania świadczeń zdrowotnych:
.....
11. Dane oferenta dotyczące warunków lokalowych oraz wyposażenia w aparaturę i sprzęt
medyczny.

L.p.	Nazwa zabiegu	Sprzęt medyczny niezbędny do realizacji zabiegu	Liczba jednostek	Sprzęt własny czy dzierżawiony
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
.				
.				
.				
Warunki lokalowe			Podać powierzchnię pomieszczeń, w których realizowane będą świadczenia	

12. Dane dotyczące liczby i kwalifikacji zawodowych personelu odpowiedzialnego za realizację określonych świadczeń zdrowotnych oraz dane o kierownictwie.

L.p.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	Rola w realizacji zamówienia
1.			
2.			
3.			
4.			
.....			

13. Dotychczasowe doświadczenie w realizacji zadań podobnego rodzaju:

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

14. Kalkulacja kosztów:

1. Wycena punktowa świadczeń zgodnie z katalogiem Narodowego Funduszu Zdrowia:

- 1) indywidualna praca z pacjentem (ćwiczenia bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukcji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) nie mniej niż 30 min. - 25 pkt
- 2) ćwiczenia wspomagane * - 8 pkt
- 3) pionizacja - 8 pkt
- 4) ćwiczenia czynne w odciążaniu z oporem * - 6 pkt
- 5) ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem * - 6 pkt

- | | |
|---|------------------|
| 6) ćwiczenia izometryczne * | - 6 pkt |
| 7) nauka czynności lokomocji * | - 8 pkt |
| 8) wyciągi | - 7 pkt |
| 9) inne formy usprawniania (kinezyterapia) * | - 5 pkt |
| 10) masaż suchy – częściowy – min. 20 min. na jednego pacjenta
w tym 15 min. czynnego masażu | - 10 pkt |
| 11) masaż limfatyczny ręczny – leczniczy | - 12 pkt |
| 12) galwanizacja | - 4 pkt |
| 13) jonoforeza | - 5 pkt |
| 14) elektrostymulacja | - 7 pkt |
| 15) tonoliza | - 6 pkt |
| 16) prądy diadynamiczne | - 4 pkt |
| 17) prądy interferencyjne | - 4 pkt |
| 18) prądy TENS | - 4 pkt |
| 19) prądy TRAEBERTA | - 4 pkt |
| 20) prądy KOTSA | - 4 pkt |
| 21) ultradźwięki miejscowe | - 6 pkt |
| 22) ultrafonoforeza | - 7 pkt |
| 23) impulsowe pole elektromagnetyczne / diatermia | - 6 pkt |
| 24) naświetlanie promieniami IR, UV – miejscowe | - 3 pkt |
| 25) laseroterapia punktowa | - 6 pkt |
| 26) krioterapia – miejscowa (dwutlenek węgla) | - 8 pkt |
| 27) zabiegi domowe –wartość punktowa wskazana w poz. od 1 do 26 pomnożona przez
wskaźnik 3,5 | |
| 28) porada lekarska | - 26 pkt |
| 2. Oferta (zł za 1 pkt): | zł / 1 pkt |

15. Dodatkowe informacje:

.....

.....
 (miejscowość, data)

.....
 (pieczęć, podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

* czas trwania zabiegu – minimum 15 min.