PZAZ.XI.272.1.1.2017 Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

na wykonywanie specjalistycznych usług fizjoterapeutycznych dla pracowników Powiatowego Zakładu Aktywności Zawodowej w Łęcznej.

**I. Dane dotyczące Zleceniobiorcy:**

Nazwa……………………………………………………………………………...

Siedziba……………………………………………………………………………

nr telefonu/faksu………………………………………………………………..….

nr NIP……………………………………………………………………………...

nr REGON………………………………………………………………………...

www……………………………………………………………………………….

e-mail……………………………………………………………………………...**.;**

Nazwisko i imię…………………………………………………………………….

Zamieszkały………………………………………………………………………..

NIP:……………………………….. PESEL:………………………………………

legitymującym się dowodem osobistym nr …………………………………………

wydanym …………………………,

**II. Dane dotyczące Zleceniodawcy:**

Powiat Łęczyński - Powiatowy Zakład Aktywności Zawodowej w Łęcznej

ul. Krasnystawska 52,

21-010 Łęczna

tel./fax. 081-7522920

<http://powiatleczynski.pl>, http://zaz.leczna.pl

**III. Zobowiązania Zleceniobiorcy:**

Zobowiązuję się świadczyć przedmiot zamówienia zgodnie z zakresem zadań objętych programem rehabilitacji zawodowej dla pracowników niepełnosprawnych zatrudnionych   
w Powiatowym Zakładzie Aktywności Zawodowej w zakresie działań fizjoterapeutycznych, w szczególności:

1. Opracowanie projektu programu rehabilitacji zawodowej dla pracowników niepełnosprawnych zatrudnionych w Powiatowym Zakładzie Aktywności Zawodowej w zakresie działań fizjoterapeutycznych.
2. Opracowania:

* diagnozy stanu zdrowia osób niepełnosprawnych,
* zamierzonego celu indywidualnego programu rehabilitacji – spodziewanych efektów,
* opracowania harmonogramu działań rehabilitacyjnych,
* wspólnie z zespołem programowym kompleksowego programu rehabilitacyjnego dla pracowników niepełnosprawnych zatrudnionych w Powiatowym Zakładzie Aktywności Zawodowej.

1. Przeprowadzenie programu rehabilitacyjnego po zatwierdzeniu przez Dyrektora jednostki, w pomieszczeniach udostępnionych przez Zleceniodawcę.
2. Liczba godzin w planie na usługi w zakresie działań fizjoterapeutycznych   
    i rehabilitacyjnych w miesiącu wynosić będzie około 25 godzin miesięcznie,   
   3 x w tygodniu, w dniach i godzinach ustalonych prze Zleceniodawcę.
3. Zajęcia z zakresu rehabilitacji i fizjoterapii będą przeprowadzane dla osób indywidualnych, jak i grupowo po 6-10 osób, zgodnie ze szczegółowym harmonogramem zatwierdzonym przez Dyrektora jednostki.
4. **Ogółem cena ofertowa za wykonywane usługi fizjoterapeutyczne oraz udokumentowany staż pracy w jednostce szpitalnej w okresie ostatnich trzech lat od dnia złożenia oferty wynosi:**
5. **cena brutto / za 1 godzinę: ……………………………………………………**

**słownie: ………………………………………………………………………….**

1. **Ilość posiadanego doświadczenia zawodowego** **z ostatnich 3 lat od dnia złożenia oferty w zakresie rehabilitacji i fizjoterapii na oddziale szpitalnym poprzez dołączenie do oferty udokumentowanego stażu pracy: …………………………………………..**

**V. Oświadczam, że akceptuję:**

1. Proponowany przez Zleceniodawcę wzór umowy (proszę wpisać dane firmy lub dane osoby fizycznej do zaakceptowanego wzoru umowy).
2. **Oświadczam, że firma jest płatnikiem podatku VAT o numerze identyfikacyjnym NIP \***
3. **Oświadczam, że nie prowadzę działalności gospodarczej\***

**Dodatkowe zobowiązania:** wsprawie podpisania umowy należy skontaktować się z: …………………………………………………………………………………

………………………………….

(podpis i pieczęć Zleceniobiorcy)

\*niepotrzebne skreślić