PZAZ.XI.272.1.2.2016 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 35 godzin miesięcznie,   
   w dniach od poniedziałku do piątku , w 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.

**1. Ogółem cena ofertowa za wykonanie usługi w zakresie fizjoterapii wynosi**

**cena brutto / za 1 godzinę: ……………………………………………………**

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

**IV. 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