

**OFERTA\***  
**o udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Niniejszym składam ofertę na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych w przez:

**FIZJOTERAPEUTÓW, MASAŻYSTÓW w Centrum Rehabilitacji ( Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii)** na udzielanie świadczeń komercyjnych polegającym na wykonywaniu zabiegów rehabilitacyjnych.

**Dane adresowe**

Imię i nazwisko (nazwa podmiotu leczniczego).....

Adres .....

Telefon ..... e-mail:.....

Posiadane specjalizacje .....

Numer właściwego rejestru .....

NIP.....

REGON .....

Nr działalności gospodarczej .....

**Oferta cenowa**

Przedmiot zamówienia zobowiązuje się wykonywać za kwotę:

**FIZJOTERAPEUTA, MASAŻYSTA w Centrum Rehabilitacji ( Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii) :**

<b>Zabieg</b>	<b>Stawka za udzielanie zamówienia</b>
<p style="text-align: center;">PAKIET ZABIEGÓW</p> <p>w stanach przed i pooperacyjnych, pourazowych, przeciążeniowych, bólach kręgosłupa i stawów obwodowych, po udarze mózgu, rehabilitacja dziecięca,</p> <p>obejmujący: terapia manualna, PNF, Bobath, neuromobilizacje, kinesiologia taping, ćwiczenia indywidualne + fizykoterapię i hydroterapię</p>	
<p>terapia manualna, PNF, neuromobilizacje, ćwiczenia indywidualne, terapia blizn</p>	
<p>kinesiologia taping</p>	
<p>kriokomora (jeden zabieg)</p>	
<p>krioterapia miejscowa</p>	
<p>masaż klasyczny jednej okolicy masaż klasyczny całego kręgosłupa masaż limfatyczny ręczny</p>	
<p>drenaż limfatyczny mechaniczny (BOA)</p>	

sauna	
hydromasaż całkowity	
hydromasaż segmentarny kr. L-S	
kąpiel wirowa kończyn	
prądy interferencyjne (IF), prądy diadynamiczne (DD), prądy TENS, elektrostymulacja, prądy Kotza, tonoliza, galwanizacja, jonoforeza	
ultradźwięki, fonoforeza	
laseroterapia (punktowa, skaner)	
pole magnetyczne stałej i niskiej częstotliwości (magnetronik)	
pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości diatermia krótko/mikrofalowa	
sollux, UV	

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie łącznie ze stażem podyplomowym wynosi :.....lat.
3. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności, świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na okres obowiązywania umowy.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.
6. Oświadczenie, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej dla pracowników, osób ubiegających się o zatrudnienie w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie o przetwarzaniu danych osobowych i praw z tym związanych .

Ciechanów dnia .....

.....

(podpis)

\* właściwe zakreślić