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

(pieczęć Oferenta) (miejscowość, data)

**Załącznik Nr 1 do Formularza oferty**

**Wykaz i ceny jednostkowe zabiegów rehabilitacyjnych w 2021 roku**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Rodzaj zabiegu | Cena jednostkowa zabiegu |
|  | **Fizykoterapia** | **każdy zabieg …......….,00 zł** |
| 1. | naświetlanie promieniowaniem | tak / nie\* |
| **a** | **- widzialnym** | **tak / nie\*** |
| **b** | **- podczerwonym** | **tak / nie\*** |
| **c** | **- ultrafioletowym** | **tak / nie\*** |
| 2. | galwanizacja | tak / nie\* |
| 3. | jonoforeza | tak / nie\* |
| 4. | elektrostymulacja | tak / nie\* |
| 5. | prądy diadynamiczne | tak / nie\* |
| 6. | prądy interferencyjne | tak / nie\* |
| 7. | prądy tens | tak / nie\* |
| 8. | prądy treberta | tak / nie\* |
| 9. | prądy kotza | tak / nie\* |
| 10. | ultradźwięki miejscowo | tak / nie\* |
| 11. | ultrafonoforeza | tak / nie\* |
| 12. | impulsowe pole magnetyczne wysokiej częstotliwości | tak / nie\* |
| 13. | impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości | tak / nie\* |
| 14. | laseroterapia - skaner | tak / nie\* |
| 15. | laseroterapia punktowa | tak / nie\* |
| 16. | krioterapia miejscowa | tak / nie\* |
| 17. | diatermia krótkofalowa | tak / nie\* |
|  | **Hydroterapia** | **każdy zabieg …......….,00 zł** |
| 18. | masaż podwodny całkowity | tak / nie\* |
| 19. | natrysk biczowy | tak / nie\* |
| **a** | **- stały płaszczowy (ciepły)** | **tak / nie\*** |
| **b** | **- szkocki (naprzemienny)** | **tak / nie\*** |
| 20. | kąpiel wirowa | tak / nie\* |
| **a** | **- kończyn górnych** | **tak / nie\*** |
| **b** | **- kończyn dolnych** | **tak / nie\*** |
|  | **Kinezyterapia** | **każdy zabieg …......….,00 zł** |
| 21. | ćwiczenia czynne w obciążeniu | tak / nie\* |
| 22. | ćwiczenia czynne w obciążeniu z oporem | tak / nie\* |
| 23. | ćwiczenia czynne wolne | tak / nie\* |
| 24. | ćwiczenia czynne z oporem | tak / nie\* |
| 25. | ćwiczenia izometryczne | tak / nie\* |
| 26. | ćwiczenia wspomagane | tak / nie\* |
| 27. | ćwiczenia ogólnousprawniające na przyrządach | tak / nie\* |
| **a** | **- atlas** | **tak / nie\*** |
| **b** | **- rotor** | **tak / nie\*** |
| 28. | **Masaż suchy częściowy - każda część anatomiczna** | **…......….,00 zł** |
| 29. | **Masaż limfatyczny ręczny - każda część anatomiczna** | **…......….,00 zł** |
| 30. | **Badanie lekarza uprawionego do badań profilaktycznych wraz**  **z konieczną diagnostyką** | **…......….,00 zł** |
| 31. | **Badanie lekarza rehabilitanta** | **…......….,00 zł** |

\*/ zaznaczyć właściwe określenie

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

(podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/ych

do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli)