**….……………………….… ..…………….………………**

(Wstaw powyżej pieczęć Oferenta) (Wstaw powyżej datę)

**Załącznik Nr 1 do Formularza oferty**

# Wykaz i ceny jednostkowe zabiegów rehabilitacyjnych w 2023 roku

|  | Rodzaj zabiegu | Cena jednostkowa zabiegu |
| --- | --- | --- |
|  | **Fizykoterapia** | **każdy zabieg …......…. zł** |
| 1 | naświetlanie promieniowaniem: |  |
| **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 …......….zł** |
| 18 | masaż podwodny całkowity | tak / nie\* |
| 19 | natrysk biczowy |  |
| **a** | **- stały płaszczowy (ciepły)** | **tak / nie\*** |
| **b** | **- szkocki (naprzemienny)** | **tak / nie\*** |
| 20 | kąpiel wirowa |  |
| **a** | **- kończyn górnych** | **tak / nie\*** |
| **b** | **- kończyn dolnych** | **tak / nie\*** |
|  | **Kinezyterapia** | **każdy zabieg …......…. 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 |  |
| **a** | **- atlas** | **tak / nie\*** |
| **b** | **- rotor** | **tak / nie\*** |
| 28 | **Masaż suchy częściowy - każda część anatomiczna** | **…......…. zł** |
| 29 | **Masaż limfatyczny ręczny - każda część anatomiczna** | **…......…. zł** |
| 30 | **Badanie lekarza uprawionego do badań profilaktycznych wraz**  **z konieczną diagnostyką** | **…......…. zł** |
| 31 | **Badanie lekarza rehabilitanta** | **…......…. zł** |

………………………………………………………………

(podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych

do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli)