**ROZEZNANIE CENOWE**

Imię i Nazwisko/Nazwa Wykonawcy (lub pieczątka wykonawcy)

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

............................................................................................................…

…………………………………………………………………………………………………………..

Numer telefonu, mail

............................................................................................................…

skierowana do: Stowarzyszenie PROREW

ul. Szymanowskiego 3/58

25-361 Kielce

Biuro

ul. Kasztanowa 12/15

25-555 Kielce

**Realizacja usług aktywnej integracji o charakterze zdrowotnym (np. fizjoterapia/rehabilitacja, pomoc psychodietetyka, różnego rodzaju terapie/programy terapeutyczne itp.) dla 10 uczestników Projektu (2 edycje x 5UP) „W Dobrą Stronę-Kompleksowy program na rzecz aktywizacji społecznej i zawodowej osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z subregionu tarnowskiego"**

**Prosimy o podanie ceny w dwóch wariantach z dojazdem do uczestnika i bez dojazdu.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa usługi zdrowotnej** | **Stawka jednostkowa netto** | **Stawka jednostkowa brutto** | **Jednostka miary** | **Uwagi** |
| Psychodietetyk | bez dojazdu/z dojazdem | bez dojazdu/z dojazdem | godzina |  |
| Fizjoterapia | bez dojazdu/z dojazdem | bez dojazdu/z dojazdem | godzina |  |
| Rehabilitacja | bez dojazdu/z dojazdem | bez dojazdu/z dojazdem | godzina |  |
| Masaż | bez dojazdu/z dojazdem | bez dojazdu/z dojazdem | godzina |  |
| Psychoterapeuta | bez dojazdu/z dojazdem | bez dojazdu/z dojazdem | godzina |  |

1. Cena ofertowa obejmuje 100% kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.

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

Data, Czytelny podpis