**Załącznik nr 6 do siwz**

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

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

**Opis obiektu spełniającego wymagania określone w pkt 6.3. siwz**

**zamówienie na Usługę Ośrodka Kompleksowej Rehabilitacji**

część zamówienia ………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymaganie** | **Opis Wykonawcy** |
|  | Lokalizacja na terenie makroregionu (części), dla którego składana jest oferta | Adres:……………………… |
|  | Obiekt możliwy do przystosowania do prowadzenia rehabilitacji medycznej dla osób niepełnosprawnych bez konieczności przebudowy, rozbudowy lub nadbudowy budynków, który w części przeznaczonej do prowadzenia działalności leczniczej będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739), | TAK/NIE\* |
|  | Obiekt posiadający co najmniej 30 pokoi przeznaczonych do noclegu Uczestników, w tym co najmniej: (a) 26 pokoi o powierzchni min. 8m2, (b) co najmniej 2 pokoje o powierzchni min. 10 m2, (c) co najmniej 2 pokoje umożliwiające zakwaterowanie osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim o powierzchni min 10 m2 | TAK/NIELiczba pokoi o powierzchni min. 8 m2:………..Liczba pokoi o powierzchni min. 10 m2:…………….Liczba pokoi umożlwiających zakwaterowanie osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim o powierzchni min. 10 m2:………………. |
|  | Posiadającym pomieszczenia do pełnienia funkcji (lub możliwość przystosowania pomieszczeń bez przebudowy, rozbudowy lub nadbudowy do pełnienia tych funkcji) |  |
|  | pokój do spotkań indywidualnych – w zakresie doradztwa zawodowego – min. 2 | TAK/NIE |
|  | sala do spotkań grupowych - w zakresie doradztwa i pośrednictwa pracy min. 1 | TAK/NIE |
|  | sala szkoleniowa dla minimum 10 osób min. 3 | TAK/NIE |
|  | gabinet psychologa (pokój terapii indywidualnej) – min 2 | TAK/NIE |
|  | sala do prowadzenia psychoedukacji i spotkań grupowych – min. 1 | TAK/NIE |
|  | pokój do prowadzenia treningów relaksacyjnych min. 1 | TAK/NIE |
|  | gabinet lekarski – min. 2 | TAK/NIE |
|  | gabinet pielęgniarski – min. 1 | TAK/NIE |
|  | gabinet fizjoterapii – min. 1 | TAK/NIE |
|  | sala do terapii zajęciowej dla minimum 6 osób – min. 1 | TAK/NIE |
|  | sala do kinezyterapii indywidualnej i grupowej – min. 1 | TAK/NIE |
|  | gabinet (sala) kinezyterapii grupowej – min 1 | TAK/NIE |
|  | sala do hydroterapii min. 1 | TAK/NIE |
|  | gabinet fizykoterapii z wydzielonymi stanowiskami – min. 1 | TAK/NIE |
|  | gabinet masażu leczniczego – min. 1 | TAK/NIE |
|  | pokój administracyjny – min. 3 | TAK/NIE |
|  | Łączna liczba pomieszczeń do pełnienia funkcji określonych w poz. 4.1.-4.17 tabeli  | …………………………..(podać liczbę) |
|  | podstawa dysponowania obiektem | ……………………..(podać podstawę) |

W przypadku wyboru TAK/NIE proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź. W pozostałych rubrykach proszę podać odpowiednie informacje.

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

 *(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)*

**Uwaga: w przypadku składania oferty na więcej niż 1 część zamówienia należy powtórzyć tabelę
i zaznaczyć, której części ona dotyczy.**