**Załącznik nr 1**

**Formularz szacowania wartości zamówienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wyceniający: | |  | | |
| Osoba do kontaktu: | |  | | |
| E-mail: |  | | Tel.: |  |
| Data sporządzenia wyceny: | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot wyceny | Cena netto | Cena brutto |
| *1.* | 30-dniowy pobyt całodobowy 1 osoby w pokoju 2-osobowym z pełnym węzłem sanitarnym |  |  |
| 2. | 30 dniowy pobyt całodobowy 1 osoby w pokoju 1-osobowym |  |  |
| 3. | Średni koszt żywienia 30-dniowego całodobowego zgodnego z wytycznymi Instytutu Żywności i Żywienia z uwzględnieniem diet – dla 1 osoby |  |  |
| 4. | Średni dzienny koszt rehabilitacji 1 pacjenta w trybie stacjonarnym po urazach i zabiegach ortopedycznych |  |  |
| 5. | Średni dzienny koszt rehabilitacji w trybie stacjonarnym 1 pacjenta po urazach narządu ruchu we wczesnych stanach po wypadkach. |  |  |
| 6. | Średni dzienny koszt rehabilitacji w systemie ambulatoryjnym 1 pacjenta ze schorzeniami narządu ruchu |  |  |
| 7. | Średni dzienny koszt rehabilitacji w systemie stacjonarnym 1 pacjenta ze schorzeniami neurologicznymi (, pacjenci z SM, pacjenci po udarach i urazach mózgu, z chorobą Parkinsona i inne) |  |  |
| 8. | Średni dzienny koszt rehabilitacji w systemie ambulatoryjnym 1 pacjenta ze schorzeniami narządu głosu |  |  |
| 9. | Średni dzienny koszt rehabilitacji w systemie ambulatoryjnym 1 pacjenta ze schorzeniami narządu wzroku |  |  |
| 10. | Średni dzienny koszt rehabilitacji w systemie ambulatoryjnym 1 pacjenta ze schorzeniami narządu słuchu |  |  |
| 11. | Średni koszt 30 dniowej rehabilitacji psychologicznej dla 1 pacjenta (obejmującej m.in. terapię indywidualną i grupową, treningi relaksacyjne). |  |  |
| 12. | Średni koszt 30 dniowej rehabilitacji społecznej dla 1 pacjenta (obejmującej m.in. terapię zajęciowa.) |  |  |

**Podpis osoby wypełniającej:**