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

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

**Opis obiektu spełniającego wymagania określone w Rozdziale V pkt. 3.3.c. SWZ**

część zamówienia ………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymaganie** | **Opis Wykonawcy** |
|  | Lokalizacja na terenie makroregionu (części), dla którego składana jest oferta | Adres:……………………… |
|  | Obiekt możliwy do przystosowania do prowadzenia rehabilitacji 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 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z2019 poz. 596); | 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/NIE  Liczba pokoi o powierzchni min. 8 m2:………..  Liczba pokoi o powierzchni  min. 10 m2:…………….  Liczba pokoi umożliwiających 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 - min. 2 | TAK/NIE |
|  | sala do spotkań grupowych - min. 1 | TAK/NIE |
|  | sala szkoleniowa dla minimum 10 osób - min. 3 | TAK/NIE |
|  | gabinet dla kadry zarządzającej – min 2 | TAK/NIE |
|  | gabinet lekarski/pielęgniarski – min. 1 | TAK/NIE |
|  | sala do terapii zajęciowej dla minimum 6 osób – min. 1 | TAK/NIE |
|  | sala do kinezyterapii indywidualnej– min. 1 | TAK/NIE |
|  | sala do kinezyterapii grupowej – min 1 | TAK/NIE |
|  | gabinet fizykoterapii z wydzielonymi stanowiskami – min. 1 | TAK/NIE |
|  | gabinet masażu leczniczego – min. 1 | TAK/NIE |
|  | Łączna liczba pomieszczeń do pełnienia funkcji określonych w poz. 4.1.-4.10 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.**