

Rzeczpospolita
PolskaUnia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

.....
(nazwa i adres Wykonawcy)

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

część zamówienia

Lp.	Wymaganie	Opis Wykonawcy
1.	Lokalizacja na terenie makroregionu (części), dla którego składana jest oferta	Adres:.....
2.	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*
3.	Obiekt posiadający co najmniej 30 pokoi przeznaczonych do noclegu Uczestników, w tym co najmniej: (a) 26 pokoi o powierzchni min. 8m ² , (b) co najmniej 2 pokoje o powierzchni min. 10 m ² , (c) co najmniej 2 pokoje umożliwiające zakwaterowanie osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim o powierzchni min 10 m ²	TAK/NIE Liczba pokoi o powierzchni min. 8 m ² :..... Liczba pokoi o powierzchni min. 10 m ² :..... Liczba pokoi umożliwiających zakwaterowanie osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim o powierzchni min. 10 m ² :.....
4.	Posiadającym pomieszczenia do pełnienia funkcji (lub możliwość przystosowania pomieszczeń bez przebudowy, rozbudowy lub nadbudowy do pełnienia tych funkcji)	
4.1.	pokój do spotkań indywidualnych - min. 2	TAK/NIE
4.2.	sala do spotkań grupowych - min. 1	TAK/NIE
4.3.	sala szkoleniowa dla minimum 10 osób - min. 3	TAK/NIE



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



4.4.	gabinet dla kadry zarządzającej – min 2	TAK/NIE
4.5.	gabinet lekarski/pielęgniarski – min. 1	TAK/NIE
4.6.	sala do terapii zajęciowej dla minimum 6 osób – min. 1	TAK/NIE
4.7.	sala do kinezyterapii indywidualnej– min. 1	TAK/NIE
4.8.	sala do kinezyterapii grupowej – min 1	TAK/NIE
4.9.	gabinet fizykoterapii z wydzielonymi stanowiskami – min. 1	TAK/NIE
4.10.	gabinet masażu leczniczego – min. 1	TAK/NIE
4.11.	łącna liczba pomieszczeń do pełnienia funkcji określonych w poz. 4.1.-4.10 tabeli (podać liczbę)
5.	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.