**Załącznik nr 3**

**OPIS OFEROWANYCH USŁUG**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **RODZAJ USŁUGI** | **SPOSÓB REALIZACJI USŁUGI PRZEZ OFERENTA** |
| **1.** | **Terapia logopedyczna** * Diagnoza i terapia dziecka w wieku 8 lat z spastycznym czterokończynowym mózgowym porażeniem dziecięcym
* Rehabilitacja mowy u dziecka w wieku 8 lat z spastycznym czterokończynowym mózgowym porażeniem dziecięcym
* Ćwiczenia mięśni mimicznych wymuszające pracę mięśni odpowiedzialnych za mimikę twarzy
* Masaż obejmujący wszystkie części twarzy
* Stymulacja nerwowo-mięśniowa
 |  |

**……………………………………………………………………**

**Podpis oferenta**