Pieczątka firmowa oferenta

Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora
Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Chorób Układu Krążenia – etap badań pogłębionych w Łodzi w 2004 r.

Lp.	**Pytanie do oferenta**	**Odpowiedź oferenta**	**Uwagi**
I. Dane o oferencie			
1.	Pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej		
2.	Adres wraz z kodem pocztowym		
3.	Nazwa podmiotu, który utworzył zakład		
4.	Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Wojewody		
5.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego publicznych zoz-ów		
6.	NIP		
7.	Regon		
8.	Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax)		
9.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)		
10.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)		
II. Informacje o sprzęcie medycznym do realizacji badań i reanimacji			
1.	Aparat ekg		
2.	Sprzęt do badań wysiłkowych		
3.	Spirometr		
4.	Zestaw do reanimacji		
III. Informacje o personelu medycznym wykonującym badania na rzecz programu			
1.	Lekarz z II stopniem specjalizacji		
2.	Pielęgniarka		
3	Inne		

IV. Plan rzeczowo – finansowy			
1.	Proponowana liczba osób, którą oferent mógłby objąć programem w 2004 r		
2.	A. Oferowana cena za komplet badań konsultacyjnych i diagnostycznych dla jednej osoby, w tym: 1) spoczynkowe badanie czynności serca (ekg), 2) kardiologiczna próba wysiłkowa, 3) badanie spirometryczne płuc, 4) konsultacja i oszacowanie globalnego ryzyka wieńcowego.	A. 1) 2) 3) 4)	
3.	Wartość oferowanych badań profilaktycznych w ramach programu		

V. Inne informacje			
1.	Czy oferent uczestniczył w realizacji programów profilaktycznych w zakresie zgodnym z programem w okresie trzech ostatnich lat ? (proszę wpisać tak lub nie) Kto finansował badania ? Wielkość przebadanej populacji?	2003 r. - 2002 r. - 2001 r. -	
2.	Czy oferent zagwarantuje zleceniodawcy przekazywanie kompletnej informacji (pozbawionej cech identyfikacji personalnej) o potwierdzeniu rozpoznania choroby układu krążenia u osób przebadanych w ramach programu?		
3.	Miejsce (adres) realizacji programu		
4.	Czy oferent zapewni pacjentom z wysokim ryzykiem choroby dalszą diagnostykę i leczenie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.		
5.	Dostępność: dni tygodnia i godziny realizacji badań wyłącznie na rzecz programu		
6.	Czy istnieje możliwość telefonicznego umawiania terminu badań profilaktycznych w ramach programu (tel., godz.)		
7.	Lokalizacja: a) miejsce realizacji badań (adres, pok., tel/fax) b) dojazd środkami MPK		

Potwierdzam, że zakład opieki zdrowotnej .....
spełnia warunki określone w ogłoszeniu na realizację Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Chorób Układu Krążenia – etap badań poglębionych.

Podpis kierownika (dyrektora) zakładu