

Pieczętka firmowa oferenta

Formularz oferty do konkursu na wybór realizatora
Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Chorób Płuc
w zakresie badań rtg klatki piersiowej w 2005 r.

Lp.	Pytanie do oferenta	Odpowiedź oferenta	
I. Dane o ofercie			
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. Podstawowe informacje o sprzęcie medycznym do realizacji badań			
	Typ aparatu rtg		
	Rok produkcji aparatu rtg		
III. Informacje o personelu medycznym wykonującym badania			
1.	Lekarze radiologii (liczba osób, staż pracy) osobno z: A. I stopniem specjalizacji B. II stopniem specjalizacji	A: B:	
2.	Technik elektroradiolog (liczba osób, staż pracy)		

IV. Plan rzeczowo – finansowy		
1.	Proponowana liczba badań, którą oferent mógłby wykonać na rzecz programu w 2005 r.	
2.	Cena jednostkowa badań:	
3.	Szczegółowa kalkulacja ceny jednostkowej badania	
4.	Koszt całkowity usługi (liczba badań x cena jednostkowa)	
V. Inne informacje		
1.	Liczba badań rtg klatki piersiowej wykonywanych rocznie w okresie ostatnich trzech lat	
2.	Liczba badań rtg klatki piersiowej, którą oferent ma wykonać na rzecz programu:	
3.	Czy oferent uczestniczył w realizacji programów profilaktycznych w zakresie zgodnym z programem w ciągu ostatnich trzech lat? (proszę wpisać tak lub nie) (Kto finansował badania?) Jaką populację przebadano?	2004 r. - 2003 r. - 2002 r. -
4.	Czy oferent zagwarantuje prowadzenie dalszej diagnostyki w przypadkach podejrzenia nowotworu złośliwego lub gruźlicy u osób objętych programem, w ramach środków NFZ?	
5.	Czy oferent zagwarantuje zleceniodawcy przekazywanie kompletnej informacji o potwierdzeniu rozpoznania choroby u osób przebadanych w ramach programu (pozbawionej cech identyfikacji personalnej)?	
6.	Czy istnieje możliwość telefonicznego umawiania terminu badań w ramach programu (tel, godz.)	
7.	Dostępność: dni tygodnia i godziny realizacji badań, wyłącznie na rzecz programu.	
8.	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 badań rtg klatki piersiowej Programu
Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Chorób Płuc w 2005r.

Podpis kierownika (dyrektora) zakładu