

**Formularz oferty do konkursu na wybór realizatora
Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Stercza w Łodzi w 2005r.**

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			
1.	Rok produkcji usg		
2.	Typ aparatu usg, producent		
3.	Rodzaj sondy rektalnej – producent, rok produkcji		
III. Informacje o personelu medycznym wykonującym badania			
1.	Lekarz urolog, (liczba osób, staż w poradni urologicznej lub na oddziale) osobno z: A. I stopniem specjalizacji B. II stopniem specjalizacji	A: B:	
2.	Lekarz z kwalifikacjami do badań usg (liczba osób, staż w diagnostyce)		
3.	Pielęgniarka (liczba osób, staż pracy)		

IV. Plan rzeczowo – finansowy		
1.	Proponowana liczba osób, którą oferent mógłby przebadac w ramach programu w 2005 r	
2.	1) Cena całkowita badania jednej osoby: 2) Kalkulacja ceny: a) wypełnienie przez pielęgniarkę karty objawów i pobranie krwi na badanie PSA, b) - wykonanie badania PSA, c) - konsultacja urologiczna d) - badanie usg rektalne	1) 2) a) b) c) d)
3.	Koszt całkowity badań w ramach programu (cena x liczba osób do badania)	
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 ? Jaką populację przebadano ?	2004 r. - 2003 r. - 2002 r. -
2.	Czy oferent zagwarantuje prowadzenie dalszej diagnostyki w przypadkach podejrzenia nowotworów złośliwych u osób objętych programem, w ramach środków NFZ	
3.	Czy oferent zagwarantuje zleceniodawcy przekazywanie kompletnej informacji o potwierdzeniu rozpoznania nowotworu złośliwego u osób przebadanych w ramach programu (pozbawionej cech identyfikacji personalnej)	
5.	Czy istnieje możliwość telefonicznego umawiania terminu badań w ramach programu (tel., godz.)	
6.	Dni tygodnia (miesiąca) i godziny realizacji badań wyłącznie na rzecz programu	
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 Raka Stercza.

Podpis kierownika (dyrektora) zakładu