

**Formularz oferty do konkursu na wykonanie badań mammograficznych w ramach
Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Piersi w Łodzi 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		
1.	Rok produkcji mammografu	
2.	Typ mammografu, producent	
3.	Niezależna ciemnia do mammografii	
4.	Zmechanizowany negatoskop	
5.	Producent: - wywoływarki - Filmów - Ekranów - Kaset	
6.	Aparatura do kontroli jakości	
III. Informacje o personelu medycznym wykonującym badania		
1.	Lekarz radiolog (liczba osób, staż mammograficzny) osobno z: A. I stopniem specjalizacji B. II stopniem specjalizacji	A. B.
2.	Technik elektroradiolog (liczba osób, szkolenie w zakresie mammografii, staż mammograficzny)	

IV. Plan rzeczowo – finansowy			
1.	Proponowana liczba badań, którą oferent mógłby wykonać na rzecz programu w 2005r		
2.	Cena jednostkowa oferowanych usług (badania mammograficznego i zaproszenia)		
3.	Szczegółowa kalkulacja ceny jednostkowej badania a) koszty materiałowe b) eksploatacja sprzętu c) koszty osobowe d) koszt obsługi bazy danych, przygotowania i wysłania zaproszenia e) koszty inne (jakie)	a) b) c) d) e)	
4.	Koszt całkowity badań /liczba badań x cena jednostkowa/		
V. Inne informacje			
1.	Liczba badań mammograficznych, jaką oferent wykonał rocznie w okresie ostatnich trzech lat		
2.	Liczba badań mammograficznych, którą oferent może wykonać na rzecz programu: A. w ciągu godziny B. w ciągu dnia	A. B.	
3.	Czy oferent uczestniczył w realizacji skринningów mammograficznych w okresie trzech ostatnich lat ? (proszę wpisać tak lub nie) Kto finansował badania? Jaką populację objęto badaniami ?	2004 r. – 2003 r. - 2002 r. -	
4.	Czy oferent zagwarantuje prowadzenie dalszej diagnostyki w przypadkach podejrzenia nowotworu złośliwego u kobiet objętych programem, w ramach środków puz		
5.	Czy oferent zagwarantuje zlecniodawcy przekazywanie kompletnej informacji o potwierdzeniu rozpoznania nowotworu złośliwego u kobiet 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 mammograficznych w ramach Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.

Podpis kierownika (dyrektora) zakładu