

Pieczętka firmowa oferenta

Formularz oferty do konkursu na wybór realizatora
Programu Profilaktyki Onkologicznej w zakresie badań mammograficznych w 2009 r.

Lp.	Informacje żądane od oferenta	Odpowiedź oferenta
I. Dane o ofercie		
1.	Pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, adres e-mail	
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. Warunki lokalowe (należy krótko opisać)		
III. 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	
IV. 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)	

V. Plan rzeczowo – finansowy		
1.	Proponowana liczba badań, którą oferent mógłby wykonać na rzecz programu w 2009r.	
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 e) koszty inne (jakie)	a) b) c) d) e)
4.	Koszt całkowity badań /liczba badań x cena jednostkowa/	
5.	Proponowany czas trwania umowy	
VI. 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 ?	2008 r. – 2007 r. - 2006 r. -
4.	Czy oferent zagwarantuje prowadzenie dalszej diagnostyki w przypadkach podejrzenia nowotworu złośliwego u kobiet objętych programem, w ramach środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego?	
5.	Czy oferent zagwarantuje zlecniodawcy przekazywanie kompletnej informacji o potwierdzeniu rozpoznania nowotworu złośliwego u kobiet przebadanych w ramach programu (bez 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	

Podpis kierownika (dyrektora) zakładu