Pieczątka firmowa oferenta

Formularz ofertowy do konkursu na wykonanie badań mammograficznych w ramach *Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Piersi w Łodzi w 2004 r.*

Lp.	Pytanie do oferenta	Odpowiedź oferenta	
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 (mię 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 2004r		
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 skrinningów mammograficznych w okresie trzech ostatnich lat ? (proszę wpisać tak lub nie) Kto finansował badania? Jaką populację objęto badaniami ?	2003 r. – 2002 r. - 2001 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 zleceniodawcy 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