

Pieczętka firmowa oferenta

Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora
**Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Chorób Układu Krążenia –
etap badań podstawowych w Łodzi w 2004 r.**

Lp.	Pytanie do oferenta	Odpowiedź oferenta	Uwagi
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. Informacje o sprzęcie medycznym do realizacji badań			
1.	Waga		
2.	Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi		
3.			
4.			
III. Informacje o personelu medycznym realizującym program			
1.	Lekarz Osobno z: A. I stopniem specjalizacji B. II stopniem specjalizacji	A: B:	
2.	Pielęgniarka		
3.	Czy oferent wyraża zgodę i umożliwi udział personelu w szkoleniu przygotowującym do realizacji programu: A. Lekarzy B. Pielęgniarek	A. TAK NIE B. TAK NIE	

IV. Plan rzeczowo – finansowy			
1.	Łączna liczba podopiecznych zoz w wieku 35, 45 i 55 lat		
2.	Proponowana liczba podopiecznych zoz , u których oferent mógłby wykonać komplet badań w ramach programu w 2004 r		
3.	Oferowana cena za komplet działań związanych z udziałem jednej osoby w programie.		
4.	Wartość oferty dla liczby osób podanej w punkcie 2.		
5.	Czy oferent ma możliwość objęcia programem w 2004 roku większej liczby osób niż podano w punkcie 2? Jeśli tak, to ile osób?		
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 ? Wielkość przebadanej populacji?	2003 r. - 2002 r. - 2001 r. -	
2.	Miejsce (adres) realizacji programu		
3.	Miejsce pobierania krwi do badań biochemicznych (adres)		
4.	Czy badania biochemiczne wykonywane będą przez oferenta, jeśli nie proszę wskazać laboratorium?		
5.	Dostępność: dni tygodnia i godziny realizacji badań wyłącznie na rzecz programu		
6.	Czy istnieje możliwość telefonicznego umawiania terminu badań profilaktycznych w ramach programu (tel., godz.)		
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 Chorób Układu Krążenia – etap badań podstawowych.

Podpis kierownika (dyrektora) zakładu