

.....  
pieczęć nagłówkowa oferenta

**ZGŁOSZENIE OFERTOWE**

Pełna nazwa oferenta	
Województwo	
Adres	
Numery telefonu i faxu (dyrektor)	
Adres elektroniczny sekretariatu dyrektora	
Nazwisko i imię dyrektora zakładu opieki zdrowotnej	
Data i numer wpisu do KRS Pełna nazwa sądu dokonującego rejestru	
Nazwa banku i numer konta oferenta	

.....  
Pieczęć i podpis głównego księgowego

.....  
Pieczęć i podpis dyrektora

Data .....

## Informacja o działalności oferenta prowadzonej w zakresie neurologii

**Poziom referencji oddziału / kliniki neurologii:** .....

<b>Informacja o aktywności diagnostyczno-leczniczej oferenta:</b>		
Liczba łóżek w oddziale/klinice neurologii		
Liczba hospitalizacji pacjentów z udarem mózgu w oddziale/klinice neurologii (2007)		
Liczba hospitalizacji w pododdziale udarowym (2007)		
Liczba stanowisk monitorowanych dla chorych z udarem		
Liczba porad ambulatoryjnych z zakresie zaburzeń krążenia mózgowego (2007)		
Ambulatorium przyszpitalne (właściwe zakreślić)	TAK	NIE
<b>Informacja o możliwościach diagnostycznych oferenta</b>		
Zakres działań	TAK	NIE
Tomografia komputerowa dostępna całą dobę		
Możliwość wykonywania przez całą dobę badania USG metodą Dopplera tętnic zewnątrzczaszkowych		
Możliwość wykonywania badań Angio MRI lub angioCT		
Laboratorium biochemiczne i hematologiczne dostępne całą dobę		
EKG dostępne całą dobę		
Możliwość 24-godzinnego monitorowania ciśnienia krwi		

<b>Informacja o możliwości prowadzenia szkoleń</b>	TAK	NIE
W jednostce są Sale Konferencyjne dla minimum 100 osób		
W jednostce prowadzone są szkolenia podyplomowe z zakresu chorób naczyniowych mózgu		
W jednostce prowadzono próby lekowe w ostrej fazie udaru (należy wymienić jakie leki)		
W jednostce przygotowano publikacje dotyczące stosowanych metod leczenia		

Funkcjonowanie pododdziału udarowego (właściwe zaznaczyć)	3 lata i powyżej	2 lata	1 rok
---	------------------	--------	-------

Liczba procedur trombolitycznych wykonanych i rozliczonych w MZ w ramach Programu POLKARD	Rok 2004	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007
---	----------	----------	----------	----------

Data .....

.....  
podpis i pieczęć dyrektora

**Plan rzeczowo-finansowy (w zł)**

**Liczba planowanych procedur.....**

**Koszt procedury.....**

**Koszt całkowity.....**