

**Załącznik nr 1**

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**ZGŁOSZENIE OFERTOWE**

Pełna nazwa oferenta	
Województwo	
Adres	
Numery telefonu i faxu (dyrektor)	
Adres elektroniczny sekretariatu dyrektora	
Nazwisko i imię dyrektora	
Data i numer wpisu do KRS lub innego właściwego dokumentu rejestrowego, pełna nazwa sądu dokonującego rejestru	
Nazwa banku i numer rachunku bankowego oferenta	

.....  
Pieczęć i podpis głównego księgowego  
lub osoby odpowiedzialnej za sprawy finansowe

.....  
Pieczęć i podpis dyrektora

Data .....

**Załącznik nr 2**

**Plan rzeczowo-finansowy**

a) Koszt zakupu zestawu elektroanatomicznego dla zabezpieczenia referencyjnych ośrodków w zakresie nowoczesnej elektrofizjologii. Wykaz aparatury:

1).....szt.

b) szacunkowy koszt aparatu:

1).....zł

c) deklarowany udział własny oferenta w kosztach zakupu .....zł

**Wnioskowana kwota na zakup aparatury** (b – c tj. od szacunkowego kosztu aparatu należy odjąć deklarowany udział własny oferenta w kosztach zakupu)

..... zł.

d) Uzasadnienie wniosku z określeniem:

- celowości zakupu aparatury,
- informacji o stopniu wykonania kontraktu z NFZ obejmującego przedmiot oferty,
- informacji o czasie czynnej pracy posiadanej aparatury danego rodzaju (wnioskowanego) za rok 2012 z podaniem trybu pracy posiadanej aparatury (liczba zmian, tryb gotowości) oraz przyczyn przestoju (awaria, zadłużenie wobec serwisanta, brak kadry, limit świadczeń, brak zapotrzebowania na świadczenia).

.....

Pieczętka i podpis głównego księgowego  
lub osoby odpowiedzialnej za sprawy finansowe

.....

Pieczętka i podpis dyrektora

Data .....

**Załącznik nr 3****Informacja o prowadzonej działalności****Informacja o infrastrukturze**

Ogólna liczba łóżek w szpitalu		
Liczba łóżek w oddziale kardiologii lub/i kardiologii dziecięcej lub/i kardiochirurgii (bez łóżek w oddziale intensywnej terapii)		
Liczba łóżek w oddziale intensywnej terapii kardiologii lub/i kardiologii dziecięcej lub/i kardiochirurgii		
Infrastruktura umożliwiająca zainstalowanie zestawu elektroanatomicznego do końca grudnia 2013 r. (właściwe zakreślić)	TAK	NIE
Kardiologiczne ambulatorium przyszpitalne (właściwe zakreślić)	TAK	NIE

<b>Informacja o działalności oferenta</b>	<b>2011 r.</b>	<b>2012 r.</b>
Liczba hospitalizacji w oddziale/klinice kardiologii lub/i kardiologii dziecięcej lub/i kardiochirurgii		
Liczba udzielonych porad ambulatoryjnych z zakresu kardiologii lub/i kardiologii dziecięcej lub/i kardiochirurgii		
Liczba wykonanych diagnostycznych badań elektrofizjologicznych		
Liczba wykonanych diagnostycznych badań elektrofizjologicznych niezakończonych ablacją		
Liczba zabiegów ablacji serca ogółem		
Liczba wykonanych ablacji przy użyciu niefluoroskopowego trójwymiarowego systemu elektroanatomicznego		
Liczba pierwszorazowych wszczepień/wymian stymulatorów serca		
Liczba pierwszorazowych wszczepień/ wymian implantowanych kardiowerterów/ defibrylatorów serca (ICD, CRT-D)		
Liczba zabiegów kardiologii lub/i kardiologii dziecięcej lub/i kardiochirurgii.		
Liczba interwencji kardiologicznych (AKG)		
24 godzinna dostępność sali cewnikowań do badań diagnostycznych i interwencji kardiologicznych	TAK	NIE
Oddział/klinika kardiologii, kardiologii dziecięcej i kardiochirurgii (właściwe zakreślić)	w strukturze oferenta	współpraca z inną jednostką
24-godzinny dyżur hemodynamiczny (właściwe podkreślić)	TAK	NIE

**Informacja o liczbie posiadanej / używanej aparatury w pracowni elektrofizjologii**

Aparatura rentgenowska	
Rejestратор EKG do badań elektrofizjologicznych	
System do trójwymiarowego mapowania serca	
Aparatura echokardiograficzna do badania wewnątrzsercowego	
Ablator	
Stymulator wielofunkcyjny	
Zestaw do usuwania elektrod	
Inne urządzenia	

**Informacja o kadrze**

Liczba lekarzy zatrudnionych w oddziale/klinice kardiologii lub/i kardiologii dziecięcej lub/i kardiologii	
Liczba lekarzy ze specjalizacją z kardiologii zatrudnionych w oddziale / klinice kardiologii	
Liczba i wykaz lekarzy z kwalifikacjami do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie elektrofizjologii	

**Wykaz lekarzy z kwalifikacjami do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie elektrofizjologii zawierający następujące informacje:**

L.p.	Imię i Nazwisko	Stopień naukowy	Uzyskane specjalizacje i odbyte szkolenia, kursy (rok uzyskania)	Miejsce zatrudnienia	Podstawa i wymiar godzinowy zatrudnienia (okres zatrudnienia)*

\* prawidłowym sposobem udokumentowania są kopie aktualnych umów o pracę, kontrakty.

Data .....

.....  
Pieczęć i podpis dyrektora