

**Załącznik nr 1**

.....  
pieczęć nagłówkowa oferenta

**ZGŁOSZENIE OFERTOWE**

Pełna nazwa oferenta	
Województwo	
Adres	
Numery telefonu i faxu	
Nazwisko i imię dyrektora	
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 ZOZ

Data .....

**Załącznik nr 2****Informacja o działalności oferenta prowadzonej w zakresie kardiologii**

<b>Informacja o wielkości i strukturze zasobów oferenta:</b>				
Ogólna liczba łóżek w szpitalu				
Liczba oddziałów				
Liczba łóżek w oddziale kardiologii				
Ambulatorium przyszpitalne (właściwe zakreślić)		TAK	NIE	
<b>Informacja o działalności oferenta</b>				
<b>Zakres działań</b>	<b>2007r</b>	<b>2008r</b>		
Liczba hospitalizacji ogółem				
Liczba hospitalizacji w oddziale kardiologicznym				
Liczba porad ambulatoryjnych w zakresie kardiologii				
Liczba badań echokardiograficznych wykonanych u chorych hospitalizowanych oddziale kardiologicznym				
Liczba badań echokardiograficznych wykonanych u chorych przyjmowanych w systemie ambulatoryjnym				
Łączna liczba wykonanych badań echokardiograficznych				
Średni czas oczekiwania na badanie echokardiograficzne w systemie ambulatoryjnym w 2008r.				
Liczba badań / 1 aparat w 2008r. chotrych hospitalizowanych				
Liczba badań / 1 aparat - liczba porad ambulatoryjnych w 2008r.				
<b>Informacja o posiadanych / używanych echokardiografach*)</b>				
Ogólna liczba echokardiografów używanych w szpitalu				
Ogólna liczba echokardiografów oddziale				
<b>Charakterystyka posiadanych / używanych echokardiografów w oddziale kardiologicznym*)</b>				
Typ	Rok produkcji	Rok instalacji	Ilość wykonanych badań**)	Tytuł własności / źródła pozyskania*)
<b>Charakterystyka posiadanych / używanych echokardiografów w szpitalu z wyłączeniem aplikującego oddziału,</b>				
Typ	Rok produkcji	Rok instalacji	Ilość wykonanych badań**)	Tytuł własności / źródła pozyskania*)
<b>Sprzęt echokardiograficzny w szpitalu aplikującym pozyskany w ramach Programu POLKARD</b>				
Rodzaj sprzętu echokardiograficznego		Rok pozyskania		

\*) Należy wymienić wszystkie echokardiografy będące w dyspozycji oferenta według stanu na dzień 1 stycznia 2008 r., z określeniem tytułu własności i źródła pozyskania, w tym: własność oferenta, dzierżawa, leasing, użyczenie (w przypadku innej formy należy ją przedstawić).

\*\*) W przypadku istotnej dekapitalizacji posiadanej aparatury niezbędne jest załączenie dokumentu z autoryzowanego serwisu potwierdzającego stopień zużycia

**Informacja o zatrudnieniu:**

Liczba lekarzy zatrudnionych w oddziale	
Liczba lekarzy ze specjalizacją z kardiologii	
Liczba lekarzy posiadających kwalifikacje do wykonywania badań echokardiograficznych*)	

\*) Kwalifikacje lekarzy należy udokumentować poprzez załączenie kopii certyfikatów lub zaświadczeń o odbytych szkoleniach i kursach specjalistycznych

Data .....

.....  
podpis i pieczęć dyrektora

**Plan finansowo–rzeczowy**

**Zakres projektowanych zadań w ramach realizacji programu (wybrać właściwy)**

1. Zakup echokardiografu

Szacunkowy koszt aparatu echokardiograficznego .....zł.

2. Deklarowany udział własny oferenta w zakupie (15% kosztu ogólnego aparatu)  
..... zł.

3. Uzasadnienie wniosku z charakterystyką potrzeb uzasadniających celowość posiadania  
wnioskowanej aparatury i uwzględnieniem planowanego profilu badań.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Pieczęć i podpis głównego księgowego

.....  
Pieczęć i podpis dyrektora

Data .....