

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 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 rehabilitacji

Poziom referencji oddziału / kliniki neurologii:

Informacja o aktywności diagnostyczno-leczniczej oferenta:		
Ogólna liczba łóżek w oddziale		
Liczba łóżek w oddziale przeznaczona dla chorych po udarze mózgu		
Liczba hospitalizacji ogółem		
Liczba hospitalizacji chorych po udarze mózgu (leczonych w ramach rehabilitacji wczesnej)		
Liczba stanowisk monitorowanych dla chorych z udarem		
Ambulatorium przyszpitalne (właściwe zakreślić)	TAK	NIE
Informacja o możliwościach diagnostycznych oferenta		
Zakres działań	TAK	NIE
Możliwość wykonywania badań rtg na miejscu w szpitalu		
Laboratorium biochemiczne i hematologiczne dostępne całą dobę		
EKG dostępne całą dobę		
Możliwość 24-godzinnego monitorowania ciśnienia krwi		

Data

.....

Podpis i pieczęć dyrektora

Załącznik nr 3

Informacja o oddziale rehabilitacji oferenta		
Informacje o salach przeznaczonych dla wczesnej rehabilitacji	TAK	NIE
Swobodny dostęp do wszystkich łóżek chorych z trzech stron. Minimum 1 metr wolnej przestrzeni z każdej z tych stron łóżka.		
Drzwi wejściowe do sal chorych o szerokości minimum 90cm.		
Toaleta i łazienka położone nie dalej niż 15 metrów od sali chorych i spełniające warunki korzystania przez osoby niepełnosprawne: - siedzisko pod prysznicem - pochwyt ścienny przy umywalce, sedesie i pod prysznicem. - drzwi wejściowe minimum 90 cm szerokości.		
Sala gimnastyczna o powierzchni minimum 30m ² położona w bezpośrednim sąsiedztwie.		
Fizjoterapeuta (technik fizjoterapii, licencjat, mgr fizjoterapii) – jeden pełny etat na 6 chorych		
Psycholog/neurologopeda -		
Pielęgniarka - 1/2 etatu do ciągłej i wyłącznej dyspozycji chorych z sal rehabilitacji.		
Dostęp do lekarzy konsultantów w zakresie ortopedii, chorób wewnętrznych, rehabilitacji medycznej i chirurgii oraz pracownika socjalnego.		
Możliwość odwiedzania chorego przez rodzinę lub opiekunów w godzinach pracy specjalistów rehabilitacji		

Data

.....
podpis i pieczęć dyrektora

PLAN RZECZOWO-FINANSOWY (w zł)

1. Rodzaj, liczba i szacunkowy koszt wnioskowanej aparatury, niezbędnej do realizacji zadania, wg kolejności preferencyjnej:

a).....

.....

b).....

.....

c).....

.....

d).....

.....

e).....

.....

2. Łączny szacunkowy koszt wnioskowanej aparatury.....

3. Wysokość łącznego, deklarowanego przez oferenta, udziału własnego w kosztach zakupu aparatury.....

.....
Pieczęć i podpis głównego księgowego

.....
Pieczęć i podpis dyrektora ZOZ

Data.....