

**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  
ZOZ

.....  
Pieczęć i podpis dyrektora

Data .....

**Informacja o działalności oferenta prowadzonej w zakresie kardiologii**

**Poziom akredytacji ośrodka elektroterapii przyznanej przez Sekcję Rytmu Serca  
Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego .....**

<b>Informacja o wielkości i strukturze zasobów oferenta:</b>			
Ogólna liczba łóżek w szpitalu			
Liczba oddziałów / klinik			
Liczba oddziałów / klinik o profilu kardiologicznym			
Liczba łóżek w oddziale (ach) / klinice (ach) kardiologii			
Kardiologiczne 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 (ach) / klinice (ach) kardiologii			
Liczba porad w kardiologicznym ambulatorium przyszpitalnym			
<b>Informacja o działalności oferenta w dziedzinie elektrofizjologii</b>			
	<b>2006r</b>	<b>2007r</b>	<b>2008r</b>
Liczba wykonanych diagnostycznych badań elektrofizjologicznych - nie zakończonych ablacją			
Liczba ablacji serca ogółem			
Liczba ablacji złożonych			
Liczba ablacji przy użyciu niefluoroskopowego trójwymiarowego systemu do mapowania serca			
<b>Jeśli oferent stara się o zakup urządzenia do usuwania elektrod z serca, należy podać dodatkowe informacje</b>			
Liczba implantowanych stymulatorów serca			
Liczba implantowanych kardiowerterów/defibrylatorów serca			

<b>Informacja o liczbie posiadanej / używanej aparatury w pracowni elektrofizjologii*)</b>			
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			
<b>Charakterystyka aparatury rentgenowskiej*)**)</b>			
typ / producent	Rok produkcji	Rok instalacji	Tytuł własności / źródła pozyskania*)
<b>Charakterystyka rejestratora EKG*)**)</b>			
typ / producent	Rok produkcji	Rok instalacji	Tytuł własności / źródła pozyskania*)
<b>Charakterystyka systemu do trójwymiarowego mapowania serca*)**)</b>			
typ / producent	Rok produkcji	Rok instalacji	Tytuł własności / źródła pozyskania*)
<b>Charakterystyka aparatury echokardiograficznej do badania wewnątrzsercowego*)**)</b>			
typ / producent	Rok produkcji	Rok instalacji	Tytuł własności / źródła pozyskania*)

<b>Charakterystyka ablatora*)**)</b>			
typ / producent	Rok produkcji	Rok instalacji	Tytuł własności / źródła pozyskania*)
<b>Charakterystyka stymulatora wielofunkcyjnego*)**)</b>			
typ / producent	Rok produkcji	Rok instalacji	Tytuł własności / źródła pozyskania*)
<b>Zestaw do usuwania zbędnych lub zainfekowanych elektrod*)**)</b>			
typ / producent	Rok produkcji	Rok instalacji	Tytuł własności / źródła pozyskania*)
<b>Inne urządzenia*)**)</b>			
typ / producent	Rok produkcji	Rok instalacji	Tytuł własności / źródła pozyskania*)

\*) Należy wymienić wszystkie urządzenia będące w dyspozycji oferenta według stanu na dzień 31 grudnia 2008r., 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 i kwalifikacjach do wykonywania procedur elektrofizjologicznych**

Liczba lekarzy zatrudnionych w oddziale (ach) / klinice (ach) kardiologii	
Liczba lekarzy ze specjalizacją z kardiologii zatrudnionych w oddziale (ach) / klinice (ach) kardiologii	
Liczba i wykaz lekarzy z kwalifikacjami do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie elektrofizjologii (podać szczegółowo: formy szkolenia - kursy specjalistyczne, szkolenia krajowe i zagraniczne, od kiedy wykonują procedury elektrofizjologiczne)	

Data .....

.....  
podpis i pieczęć dyrektora

## Plan finansowo – rzeczowy

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

## 1. Zakup aparatury do pracowni elektrofizjologii:

Rodzaj wnioskowanej aparatury*) ..... .....	.....zł
Deklarowany udział własny oferenta (co najmniej 15%) w zakupie.	.....zł

Rodzaj wnioskowanej aparatury*) ..... .....	.....zł
Deklarowany udział własny oferenta (co najmniej 15%) w zakupie.	.....zł

Rodzaj wnioskowanej aparatury*) ..... .....	.....zł
Deklarowany udział własny oferenta (co najmniej 15%) w zakupie.	.....zł

## 2. Modernizacja aparatury do pracowni elektrofizjologii:

Modernizacja wnioskowanej aparatury *) ..... .....	.....zł
Deklarowany udział własny oferenta (co najmniej 15%) w modernizacji	.....zł

Modernizacja wnioskowanej aparatury *) ..... .....	.....zł
Deklarowany udział własny oferenta (co najmniej 15%) w modernizacji	.....zł

Modernizacja wnioskowanej aparatury *) ..... .....	.....zł
Deklarowany udział własny oferenta (co najmniej 15%) w modernizacji	.....zł

4. Uzasadnienie wniosku z określeniem celowości posiadania wnioskowanej aparatury

– z informacją, czy zakup / modernizacja aparatury ma na celu:

- zwiększenie liczby wykonywanych procedur i poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych,
- realizację większej liczby świadczeń, umożliwiającą poprawę sytuacji finansowej zakładu,
- zapewnienie dostępności do świadczeń na dotychczasowym poziomie poprzez wymianę uszkodzonego lub zużytego aparatu na nowy,
- zapewnienie dostępności do nowych, wyskospecjalistycznych metod diagnostyczno-terapeutycznych w celu zbliżania się do poziomu usług zdrowotnych w zakresie elektrofizjologii co najmniej do poziomu średniego europejskiego.

.....  
.....

.....  
Pieczęć i podpis głównego księgowego

.....  
Pieczęć i podpis dyrektora ZOZ

Data .....

\*<sup>1</sup>) nazwy wnioskowanej aparatury wpisać w ujęciu hierarchicznym.