

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

Informacja o działalności oferenta prowadzonej w zakresie rehabilitacji w 2012 roku

Informacja o aktywności diagnostyczno-leczniczej oferenta:		
Ogólna liczba łóżek w komórkach organizacyjnych, w których prowadzona jest rehabilitacja neurologiczna		
Liczba hospitalizacji ogółem		
Liczba hospitalizacji chorych po udarze mózgu		
Liczba chorych rozliczanych grupą RNM01, RNM02		
Liczba chorych rozliczanych ogółem grupą RNM01, RNM02, RNM03, RNM04		
Ambulatorium przyszpitalne (właściwe zakreślić)	TAK	NIE
Informacja o możliwościach diagnostycznych oferenta		
Zakres działań	TAK	NIE
Możliwość wykonywania badań rtg w jednostce		
Laboratorium biochemiczne i hematologiczne dostępne całą dobę w jednostce		
EKG dostępne całą dobę w jednostce		
Możliwość 24-godzinnego monitorowania ciśnienia krwi w jednostce		

Data

Pieczętka i podpis dyrektora

Załącznik nr 3

Informacja o komórce organizacyjnej oferenta, w której prowadzona jest rehabilitacja neurologiczna		
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		
Specjalista neurolog – 1 etat na 25 chorych		
Psycholog -1 etat na 25 chorych		
Logopeda – 1 etat na 25 chorych		
Terapeuta zajęciowy – minimum jeden w oddziale		
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 prowadzenia terapii zajęciowej		
Możliwość odwiedzania chorego przez rodzinę lub opiekunów w godzinach pracy specjalistów rehabilitacji		

Data

.....
Pieczęć i podpis dyrektora

Plan rzeczowo-finansowy

1. Zakup wnioskowanej aparatury dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu – proszę wskazać nazwę wnioskowanej aparatury* oraz liczbę sztuk.

a) Wykaz aparatury:

1. (liczba sztuk....)
(nazwa)

2. (liczba sztuk....)
(nazwa)

3. (liczba sztuk....)
(nazwa)

4. (liczba sztuk....)
(nazwa)

b) szacunkowy koszt aparatu (łącznie i jednostkowo).....zł

1.zł
(nazwa, cena)

2.zł
(nazwa, cena)

c) deklarowany udział własny oferenta w kosztach zakupuzł

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

1. 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

*¹⁾ nazwy wnioskowanej aparatury wpisać w ujęciu hierarchicznym.