

.....
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

I. Informacja o infrastrukturze**A. Dla oddziałów/klinik z wyodrębnionym strukturalnie Oddziałem Udarowym**

Liczba łóżek w szpitalu		
Liczba łóżek w oddziale neurologii		
Liczba stanowisk monitorowanych dla chorych z udarami mózgu		
Liczba wydzielonych łóżek w salach udarowych nie monitorowanych		
Tomografia komputerowa na miejscu dostępna całą dobę	TAK	NIE
Angio-CT, perfuzja CT	TAK	NIE
Laboratorium biochemiczne i hematologiczne dostępne całą dobę	TAK	NIE
Możliwość wykonania przez całą dobę badania USG metodą Dopplera tętnic zewnętrznych i wewnętrznych	TAK	NIE
EKG dostępne całą dobę	TAK	NIE
Możliwość 24-godzinnego monitorowania ciśnienia krwi	TAK	NIE

II. Informacja o kadrze medycznej

A. Informacja o kadrze Oddziału Neurologii z wyłączeniem osób pracujących w Oddziale Udarowym

Rodzaj specjalności	Liczba zatrudnionych pracowników
Lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii	
Lekarze rezydenci	
Lekarze bez specjalizacji	
Mgr fizjoterapii	
Technik fizjoterapii	
Neuropsycholog	
Psycholog/psycholog kliniczny	
Logopeda	
Pielęgniarki	

B. Informacja o kadrze wyłącznie Oddziału Udarowego

Rodzaj specjalności	Liczba zatrudnionych pracowników
Lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii	
Lekarze rezydenci	
Lekarze bez specjalizacji	
Mgr fizjoterapii	
Technik fizjoterapii	
Neuropsycholog	
Psycholog/psycholog kliniczny	
Logopeda	
Pielęgniarki	

C. Informacja o dostępnej kadrze szpitala zatrudnionych na podstawie umowy o pracę/kontrakcie

Rodzaj specjalności	Właściwe zaznaczyć	
	TAK	NIE
Internista	TAK	NIE
Kardiolog	TAK	NIE
Anestezjolog	TAK	NIE
Neurochirurg	TAK	NIE
Specjalista rehabilitacji medycznej	TAK	NIE
Chirurg naczyniowy	TAK	NIE
Neuropsycholog	TAK	NIE
Logopeda	TAK	NIE

III. Informacja o aktywności jednostki

	2012 r.
Liczba chorych leczonych w oddziale / klinice neurologii	
Liczba chorych z udarem mózgu leczonych w oddziale udarowym	
Liczba chorych z udarem leczonych trombolitycznie	

IV. Informacja o systemie rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu

Rodzaj dostępnej rehabilitacji	Zakreślić właściwe		W przypadku odpowiedzi TAK określić czas rozpoczęcia
	TAK	NIE	
Rehabilitacja przy łóżku pacjenta w oddziale udarowym od drugiej doby	TAK	NIE	
Rehabilitacja poudarowa w tym samym szpitalu	TAK	NIE	
Rehabilitacja w innym ośrodku	TAK	NIE	

Rehabilitacja funkcji poznawczych	TAK	NIE	
Rehabilitacja mowy	TAK	NIE	

V. Informacja o wyposażeniu

Rodzaj aparatury / sprzętu	Ilość dostępna w szpitalu	Ilość będąca na wyposażeniu Oddziału Udarowego
Tomograf komputerowy		
Angio-CT, perfuzja CT		
Rezonans magnetyczny Angio-MR, DWI/PWI		
Aparat USG –D		
Kardiomonitoring		
Respiratory		
24 godzinne rejestratory ciśnienia		
EKG		
EKG z możliwością 24-godzinnej rejestracji (met. Holtera)		
Echokardiografy		
Defibrylatory		
Pulsoksymetry		
Pompy infuzyjne		

Data.....

.....
Pieczęć i podpis dyrektora

Plan rzeczowo-finansowy

1. Zakup wnioskowanej aparatury dla Oddziału Udarowego - proszę wskazać nazwę wnioskowanej aparatury* oraz liczbę sztuk.

a) Wykaz aparatury

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

2. (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.

2. 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

*) nazwy wnioskowanej aparatury wpisać w ujęciu hierarchicznym.