

.....
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 neurologii

Poziom referencji oddziału / kliniki neurologii:

Informacja o aktywności diagnostyczno-leczniczej oferenta:		
Liczba łóżek w oddziale/klinice neurologii		
Liczba hospitalizacji pacjentów z udarem mózgu w oddziale/klinice neurologii (2007)		
Liczba hospitalizacji w pododdziale udarowym (2007)		
Liczba stanowisk monitorowanych dla chorych z udarem		
Liczba porad ambulatoryjnych z zakresie zaburzeń krążenia mózgowego (2007)		
Ambulatorium przyszpitalne (właściwe zakreślić)	TAK	NIE
Informacja o możliwościach diagnostycznych oferenta		
Zakres działań	TAK	NIE
Tomografia komputerowa dostępna całą dobę		
Możliwość wykonywania przez całą dobę badania USG metodą Dopplera tętnic zewnątrzczaszkowych		
Możliwość wykonywania badań Angio MRI lub angioCT		
Laboratorium biochemiczne i hematologiczne dostępne całą dobę		
EKG dostępne całą dobę		
Możliwość 24-godzinnego monitorowania ciśnienia krwi		

Informacja o możliwości prowadzenia szkoleń	TAK	NIE
W jednostce są Sale Konferencyjne dla minimum 100 osób		
W jednostce prowadzone są szkolenia podyplomowe z zakresu chorób naczyniowych mózgu		
W jednostce prowadzono próby lekowe w ostrej fazie udaru (należy wymienić jakie leki)		
W jednostce przygotowano publikacje dotyczące stosowanych metod leczenia		

Funkcjonowanie pododdziału udarowego (właściwe zaznaczyć)	3 lata i powyżej	2 lata	1 rok
---	------------------	--------	-------

Liczba procedur trombolitycznych wykonanych i rozliczonych w MZ w ramach Programu POLKARD	Rok 2004	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007
---	----------	----------	----------	----------

Data

.....
podpis i pieczęć dyrektora

Plan rzeczowo-finansowy (w zł)

Liczba planowanych procedur.....

Koszt procedury.....

Koszt całkowity.....