

**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 .....

## Załącznik nr 2

### I. Informacja o możliwościach diagnostycznych

Tomografia komputerowa w ciągu 24 godzin	TAK	NIE
Laboratorium biochemiczne i hematologiczne	TAK	NIE
Możliwość wykonania badania USG metodą Dopplera tętnic zewnątrz i wewnątrzczaszkowych	TAK	NIE
Możliwość wykonania EEG	TAK	NIE
Dostępne badanie EKG	TAK	NIE
Możliwość 24-godzinnego monitorowania ciśnienia krwi	TAK	NIE
Możliwość 24-godzinnego zapisu Holtera	TAK	NIE

### II. Informacja o kadrze medycznej

Rodzaj specjalności	Liczba zatrudnionych pracowników w Poradni Chorób Naczyniowych Mózgu	Łączny wymiar zatrudnienia (w etatach przeliczeniowych)	Planowane zwiększenie wymiaru zatrudnienia
Lekarze neurologicy z II stopniem			
Lekarze neurologicy z I stopniem			

Możliwość konsultacji	Właściwe zaznaczyć	
Chirurg naczyniowy	TAK	NIE
Internista/kardiolog	TAK	NIE
Specjalista rehabilitacji medycznej	TAK	NIE

### III. Informacja o aktywności jednostki

	2006r	2007r
Liczba porad ambulatoryjnych w zakresie zaburzeń krążenia mózgowego		
Liczba porad ambulatoryjnych ogółem		

***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.....