

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 jednostki	
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

Informacja o działalności usługowej oferenta prowadzonej w zakresie nadciśnienia tętniczego

Informacja o wielkości i strukturze zasobów oferenta: według stanu na dzień 1 stycznia 2008 r.		
1. Ogólna liczba łóżek w szpitalu		
2. Liczba oddziałów / klinik		
3. Liczba oddziałów / klinik o profilu nadciśnieniowym		
4. Liczba łóżek w oddziale / klinice o profilu nadciśnieniowym		
5. Poradnia nadciśnieniowa (właściwe zakreślić)	TAK	NIE
6. Posiadanie niezbędnej poszerzonej diagnostyki obrazowej (arteriografia, renoscyntygrafia, TK oraz MRI).	TAK	NIE
7. Udokumentowana współpraca z ośrodkiem chirurgicznym zajmującym się leczeniem nadciśnienia naczyniowo-nerkowego i uwarunkowanego hormonalnie.	TAK	NIE

Informacja o działalności oferenta od 01.01.2007 do 31.12.2007 w zakresie hospitalizacji i udzielonych porad ambulatoryjnych	
Liczba hospitalizacji ogółem	
Liczba hospitalizacji w oddziale o profilu nadciśnieniowym oraz innych oddziałach z następujących przyczyn według aktualnego katalogu świadczeń NFZ	
Nadciśnienie tętnicze – diagnostyka / rozpoznanie	
Oporne nadciśnienie tętnicze	
Pheochromocytoma	
Nadciśnienie tętnicze wtórne	
Przełom nadciśnieniowy	
Liczba porad ambulatoryjnych ogółem	
Liczba porad ambulatoryjnych w poradni nadciśnieniowej oraz innych poradniach w celu diagnostyki i terapii nadciśnienia tętniczego	

Informacja o działalności oferenta w okresie 01.01.2007 -31.12.2007 w zakresie wykonanych 24-godzinnych rejestracji ciśnienia	
1. Liczba 24-godzinnych rejestracji ciśnienia tętniczego wykonanych u chorych hospitalizowanych	
2. Liczba 24-godzinnych rejestracji ciśnienia tętniczego wykonanych u chorych przyjmowanych w systemie ambulatoryjnym	
3. Średni czas oczekiwania na 24-godzinną rejestrację ciśnienia tętniczego chorych przyjmowanych z powodu nadciśnienia tętniczego w systemie ambulatoryjnym	

Informacja o posiadanych / używanych 24-godzinnych rejestratorach ciśnienia tętniczego *) wg stanu na 1 stycznia 2008 r.					
Ogólna liczba 24-godzinnych rejestratorów ciśnienia tętniczego używanych w jednostce					
Ogólna liczba 24-godzinnych rejestratorów ciśnienia tętniczego używanych w jednostce (oddział, klinika, poradnia) specjalizującej się w świadczeniach z zakresu nadciśnienia tętniczego					
Charakterystyka posiadanych / używanych 24 godzinnych rejestratorów ciśnienia tętniczego*) wg stanu na 1 stycznia 2008 r.					
Typ	Rok produkcji	Rok instalacji	Ilość wykonanych badań**)	Tytuł własności /źródła pozyskania*)	Stopień zużycia aparatury**)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

*) Należy wymienić wszystkie aparaty będące w dyspozycji oferenta według stanu na dzień 1 kwietnia 2007 r., 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:

Liczba lekarzy zatrudnionych ogółem	
Liczba lekarzy ze specjalizacją z hipertensjologii	
Liczba lekarzy posiadających kwalifikacje do wykonywania badań echokardiograficznych / naczyniowych ogółem	
Liczba lekarzy zatrudnionych w jednostce oferenta (oddział/ klinika / poradnia) o profilu nadciśnieniowym:	
Liczba lekarzy ogółem	
Liczba lekarzy ze specjalizacją II stopnia z chorób wewnętrznych	
Liczba lekarzy ze specjalizacją z kardiologii	
Liczba lekarzy innych specjalności (wymienić) w tym specjaliści w dziedzinie hipertensjologii klinicznej Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego	

*) Kwalifikacje lekarzy należy udokumentować poprzez załączenie kopii certyfikatów lub zaświadczeń o odbytych szkoleniach i kursach specjalistycznych

Data

.....
podpis i pieczęć dyrektora

Plan finansowo-rzeczowy

Zakres projektowanych zadań w ramach realizacji programu (wybrać właściwy)

1. zakup 24-godzinnych rejestratorów ciśnienia tętniczego:

Szacunkowy koszt aparatuzł.

Szacunkowa planowana liczba aparatówzł.

2. Deklarowany 10% udział własny oferenta w zakupiezł.

Wnioskowana kwota na zakup aparatówzł.

3. Uzasadnienie wniosku w zakresie 24-godz. rejestratorów ciśnienia z charakterystyką potrzeb uzasadniających celowość posiadania wnioskowanej aparatury i uwzględnieniem planowanego profilu badań.

.....
.....
.....
.....
.....

.....
Pieczęć i podpis głównego księgowego

.....
Pieczęć i podpis dyrektora

Data

**Podsumowanie działalności oferenta prowadzonej w zakresie nadciśnienia tętniczego
w latach 2006-2007**

potwierdzone przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie nadciśnienia tętniczego (adres: prof. dr hab. med. Krzysztof Narkiewicz, Regionalne Centrum Nadciśnienia Tętniczego, Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Akademia Medyczna w Gdańsku, ul. Dębinki 7c, 80-952 Gdańsk, tel. 058-349 25 27, e-mail: knark@amg.gda.pl)

UWAGA: Konieczne jest przesłanie Konsultantowi Krajowemu załącznika nr 2 wraz ze szczegółowym opisem działalności szkoleniowej i naukowo-edukacyjnej ośrodka.

1. Znaczenie działalności usługowej oferenta na poziomie wojewódzkim i ogólnopolskim:

.....

.....

.....

.....

2. Opis działalności organizacyjnej oferenta dotyczącej nadciśnienia tętniczego na poziomie lokalnym, wojewódzkim i ogólnopolskim:

.....

.....

.....

.....

3. Opis działalności naukowej oferenta dotyczącej nadciśnienia tętniczego:

.....

.....

.....

.....