

W polu powyżej wpisz pełną nazwę Oferenta (uzupełniona wielkimi literami, np.: SZPITAL POWIATOWY NR 5 W WARSZAWIE, UL. DŁUGA 10, 00-090 WARSZAWA)

KARTA OCENY

1. **Zdeklarowany w części nr II Formularza Oferty udział własny w kosztach zakupu aparatu do diagnostyki ultrasonograficznej naczyń domózgowych typu Duplex:**
 - 15%
 - 15,01% - 20%
 - 20,01% - 25%
 - 25,01% i powyżej

2. **Podmiot, który reprezentuję, posiada w swoich zasobach aparat do diagnostyki ultrasonograficznej naczyń domózgowych typu Duplex (zgodnie z danymi przedstawionymi w części nr IV Formularza Oferty):**
 - tak
 - nie

3. **Jeżeli w pytaniu nr 2 wybrano odpowiedź „TAK” należy wskazać wiek najstarszego posiadanego aparatu do diagnostyki ultrasonograficznej naczyń domózgowych typu Duplex, licząc od daty produkcji (zgodnie z danymi przedstawionymi w części nr IV Formularza Oferty). Jeżeli wybrano odpowiedź „NIE” należy wybrać opcję „nie dotyczy”.**
 - nie dotyczy
 - mniej niż 7 lat
 - 7 lat i starszy

4. **Liczba hospitalizacji z powodu udaru niedokrwiennego mózgu w oddziale neurologicznym z oddziałem lub pododdziałem udarowym w roku 2018, zgodnie z danymi przedstawionymi w części nr III Formularza Oferty:**
 - 100 i mniej
 - 101-300

- 301-500
- 501-700
- 701 i powyżej

5. **Stosunek liczby hospitalizacji na oddziale neurologicznym z oddziałem lub pododdziałem udarowym do liczby łóżek na oddziale neurologicznym z oddziałem lub pododdziałem udarowym w roku 2018, wyliczony na podstawie danych przedstawionych w części nr III Formularza Oferty:**

- 10 i mniej
- 11-20
- 21-30
- 31 i powyżej

6. **Stosunek liczby badań USG naczyń domózgowych do liczby hospitalizacji z powodu udaru niedokrwiennego mózgu na oddziale neurologicznym z oddziałem lub pododdziałem udarowym w roku 2018, wyliczony na podstawie danych przedstawionych w części nr III Formularza Oferty:**

- 20% i mniej
- 21-49%
- 50-69%
- 70-89%
- 90% i powyżej

7. **Stosunek wykonanych zabiegów z zakresu trombolizy dożylnej do liczby hospitalizacji z powodu udaru niedokrwiennego mózgu na oddziale neurologicznym z oddziałem lub pododdziałem udarowym w roku 2018, wyliczony na podstawie danych przedstawionych w części nr III Formularza Oferty:**

- 5% i mniej
- 6%-11%
- 12%-17%
- 18% i powyżej

8. **Podmiot, który reprezentuję (zgodnie z oświadczeniem złożonym w części nr V Formularza Oferty):**

- posiada akredytację wydaną na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o akredytacji w ochronie zdrowia*
- nie posiada ww. akredytacji

9. Podmiot, który reprezentuję (zgodnie z oświadczeniem złożonym w części nr V Formularza Oferty):

- posiada certyfikat zgodności z normą EN 15224 – Usługi Ochrony Zdrowia – System Zarządzania Jakością lub inne certyfikaty ISO, które swoim zakresem obejmują udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na oddziale neurologicznym z oddziałem lub pododdziałem udarowym
- nie posiada ww. certyfikatów

W punktach 10-14 należy podać jedynie dane w formacie liczbowym np. w pkt 13 – jeżeli Oferent deklaruje 15% wkład własny, w polu należy wpisać 15.

10. Przychody z działalności leczniczej z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, uzyskane w poprzednim roku obrotowym, zgodnie z punktem 1 w części V Formularza Oferty:

11. Przychody z działalności leczniczej z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków innych niż określone w pkt powyżej, zgodnie z punktem 2 w części V Formularza Oferty:

12. Łączny szacunkowy koszt zakupu sprzętu, zgodnie z sumą dla kolumny 4 w części II Formularza Oferty:

13. Udział własny w %, zgodnie z kolumną 5 w części II Formularza Oferty:

14. Łączna wnioskowana kwota, zgodnie z sumą dla kolumny 7 w części II Formularza Oferty:

Oświadczam, że wszystkie dane są zgodne z prawdą. Informacje zawarte w karcie oceny pokrywają się z informacjami przedstawionymi w ofercie oraz są zgodne ze stanem faktycznym.

/dokument podpisany elektronicznie/