|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Załącznik nr 2** |
|  | | | |
| Pełna nazwa Oferenta (uzupełniona komputerowo, wielkimi literami, np.: SZPITAL POWIATOWY NR 5 W WARSZAWIE, UL. DŁUGA 10, 00-090 WARSZAWA) | | | |

**KARTA OCENY OFERTY**

**Liczba mieszkańców województwa właściwego dla siedziby oferenta, przypadająca na 1 akcelerator w danym województwie, według danych Konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej wg stanu na marzec 2020 r. (wg danych dla poszczególnych województw wskazanych w załączniku nr 4 do ogłoszenia konkursowego pn. „opis zadania”)**

do 200 000

200 001 do 215 000

215 001 do 230 000

230 001 do 245 000

245 001 do 260 000

260 001 do 275 000

275 001 do 290 000

290 001 do 305 000

305 001 do 320 000

320 001 do 335 000

powyżej 335 000

**Liczba lat pracy akceleratora wymagającego wymiany, liczona od momentu rozpoczęcia eksploatacji w danym podmiocie leczniczym do dnia opublikowania ogłoszenia konkursowego**

co najmniej 10 lat

co najmniej 11 lat

co najmniej 12 lat

**Liczba godzin ekspozycji (tzw. beam-on hours) dla akceleratora wymagającego wymiany**

do 4 000

4001 do 5000

powyżej 5000

**Liczba wykonanych procedur napromieniania w ramach lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego łącznie w latach 2017-2019**

od 1 do 6000

6001 do 7000

7001 do 8000

8001 do 9000

powyżej 9000

**Średni czas oczekiwania pacjenta na procedurę napromieniania w ramach lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego w 2019 r.**

do 7 dni

8 – 14 dni

powyżej 14 dni

**Średnia liczba godzin pracy tygodniowo (uwzględniając 7 dni w tygodniu) w 2019 r. akceleratora wymagającego wymiany**

do 35 godzin

36 – 70 godzin

powyżej 70 godzin

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.

|  |
| --- |
| …………………………………………… |
| podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Oferenta |

**/dokument podpisany elektronicznie/**