

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 urządzenia do wczesnej rehabilitacji neurologicznej kończyn górnych i kończyn dolnych z biofeedback dla oddziałów rehabilitacji neurologicznej i/lub oddziałów rehabilitacyjnych realizujących kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rehabilitacji neurologicznej:

☐ 15%

☐ 15,01% - 20%

☐ 20,01% - 25%

☐ 25,01% i powyżej
2. Podmiot, który reprezentuję uczestniczy w charakterze realizatora w programie pilotażowym dotyczącym leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych:

☐ tak

☐ nie
3. Posiadam w swoich zasobach urządzenie do wczesnej rehabilitacji neurologicznej kończyn górnych i/lub kończyn dolnych z biofeedback:

☐ tak, posiadam co najmniej jedno urządzenie do rehabilitacji kończyny górnej i dolnej

☐ tak, posiadam co najmniej jedno urządzenie do rehabilitacji kończyny górnej lub dolnej

☐ nie, nie posiadam żadnego urządzenia do rehabilitacji kończyny górnej i/lub dolnej
4. Stosunek liczby pacjentów z rozpoznaniem RNMS01, RNMS02, RNMS03, RNMS04, hospitalizowanych na oddziałach rehabilitacji neurologicznej lub oddziałach rehabilitacyjnych realizujących kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rehabilitacji neurologicznej w 2018 do łącznej liczby wszystkich pacjentów z rozpoznaniem RNMS01, RNMS02, RNMS03, RNMS04, RNPSO1 hospitalizowanych w 2018 na tych oddziałach – wyrażony w procentach, wyliczony w części nr III Formularza Oferty na podstawie danych w nim przedstawionych:

- ☐ 39,99 % i mniej
- ☐ 40-49,99 %
- ☐ 50-59,99 %
- ☐ 60-69,99 %
- ☐ 70 i więcej

5. Średnia liczba osobodni wyliczona ze stosunku liczby osobodni wszystkich hospitalizowanych pacjentów z rozpoznaniem RNMS01, RNMS02, RNMS03, RNMS04 na oddziałach rehabilitacji neurologicznej lub oddziałach rehabilitacyjnych realizujących kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rehabilitacji neurologicznej rozliczonych w roku 2018 do liczby pacjentów z rozpoznaniem RNMS01, RNMS02, RNMS03, RNMS04 hospitalizowanych w 2018 na tych oddziałach - wyliczona w części nr III Formularza Oferty na podstawie danych w nim przedstawionych:

- ☐ 44 dni i mniej
- ☐ 45-55 dni
- ☐ 56-66 dni
- ☐ 67-77 dni
- ☐ 78 i więcej dni

6. Podmiot, który reprezentuję:

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

7. Podmiot, który reprezentuję:

- ☐ 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 sprzęcie objętym ogłoszeniem
- ☐ nie posiada ww. certyfikatów

W punktach 8-12 należy podać jedynie dane w formacie liczbowym np. w pkt 11 - jeżeli Oferent deklaruje 15% wkład własny, w polu należy wpisać 15.

8. 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:

9. 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:

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

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

12. 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/