|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **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**

**Liczba lat pracy mammografu analogowego lub ucyfrowionego dedykowanego do wymiany będącego w posiadaniu oferenta, liczona od momentu rozpoczęcia w danym podmiocie udzielania za jego pomocą świadczeń zdrowotnych do dnia opublikowania ogłoszenia:**

poniżej 10

10 - 11

12 - 13

14 – 15

16 i więcej

**Liczba wykonanych badań mammograficznych w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” w 2019 r. w przeliczeniu na 1 mammograf należący do Oferenta:**

do 3000

3001 - 6000

powyżej 6000

**Średni czas oczekiwania pacjentek na badanie mammografii w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” w 2019 r.:**

mniej niż 2 tygodnie

2 - 4 tygodnie

powyżej 4 tygodni

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/**