

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

### KARTA OCENY

1. **Zadeklarowany w załączniku nr 1, część II udział własny w zakupie aparatury i sprzętu w ilości i rodzaju określonych w dokumencie Programu:**

- 15%  
 15,01%- 20%  
 powyżej 20%

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

- 10 - 11  
 12 - 13  
 14 – 15  
 16 - 17  
 18 i więcej

3. **Liczba wykonanych badań mammograficznych w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” w 2018 r. w przeliczeniu na 1 mammograf należący do Oferenta:**

- do 3000  
 3001 - 6000  
 powyżej 6000

**4. Średni czas oczekiwania pacjentek na badanie mammografii w 2018 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/***