

ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ Ε. Κ. Α. Β.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Ε.Κ.Α.Β. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ

ΜΥΤΙΛΗΝΗ 9/10/2014

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΝΤΟΛΗΣ / ΔΙΑΚΗΡΥΞΗΣ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ (όνομα είδους ή υπηρεσίας)	ΤΕΛΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΩΝ	ΠΙΘΑΝΗ ΔΑΠΑΝΗ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ – ΤΗΛΕΦΩΝΟ – FAX
--	---	---	--------------------------	--

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΝΤΟΛΗΣ / ΔΙΑΚΗΡΥΞΗΣ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ (όνομα είδους ή υπηρεσίας)	ΤΕΛΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΩΝ	ΠΙΘΑΝΗ ΔΑΠΑΝΗ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ – ΤΗΛΕΦΩΝΟ – FAX
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΑΡΑΡΤΗΜ ΑΤΟΣ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ ΑΕ 12/14-7- 2014	<p>ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΙΔΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ ΚΑΙ ΤΟΜΕΩΝ ΑΥΤΟΥ</p> <p>1)ΔΕΛΤΙΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ (ΜΠΛΟΚ) 50 ΦΥΛΛΩΝ ΤΡΙΠΛΟΤΥΠΩΝ ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΔΕΙΓΜΑ (ΤΕΜ 300)</p> <p>2)ΒΙΒΛΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ 100 ΦΥΛΛΩΝ (ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΚΑΤΟΠΙΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ)</p> <p>(ΤΕΜ 20)</p>	15/10/2014	1.315,00€	<p>ΒΛΟΤΙΝΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ ΤΗΛ:22510-41111 & 29377 FAX:22510- 29377 E-MAIL: mytilini@ekab.gr</p>

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ

Α.Ε 12/14-7-2014

Ζητείτε η υποβολή οικονομικής προσφοράς για τα παρακάτω αναφερόμενα είδη/εργασίες, συμπληρώνοντας ανάλογα τις στήλες του παρόντος εντύπου ή σε δική σας φόρμα, που θα πρέπει να αποσταλεί είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση : **ΕΚΑΒ** / υπ' όψη επιτροπής αγοράς υλικού, **Ε. ΒΟΣΤΑΝΗ 46-48 ΜΥΤΙΛΗΝΗ Τ. Κ. 81100** , είτε να την προσκομίσετε σε κλειστό φάκελο στην Γραμματεία του ΕΚΑΒ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ. Σε περίπτωση ανάθεσης της εκτέλεσης της προσφοράς από την εταιρεία σας, θα πρέπει να γνωρίζετε ότι το τιμολόγιο εκδίδεται «επί πιστώσει», η δε πληρωμή του, γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις των κανόνων του Δημόσιου Λογιστικού. Για κάθε είδους επιπλέον πληροφορία μπορείτε να απευθύνεστε στο Γρ. Προμηθειών, τηλ. : 22510 29377 fax. 22510 29377

A/A	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ	Ποσότητα	Τιμή Μονάδας	ΣΥΝΟΛΟ	Έκπτωση %	Φ.Π.Α. 16%	ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	Παρατηρήσεις
1								

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ !!!

Η ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΣΑΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΙΣΧΥΕΙ ΓΙΑ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ 4 ΜΗΝΕΣ

Μυτιλήνη2014



ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

№ 0096

Ε.Κ.Α.Β. ΜΥΤΙΑΗΝΗΣ

Ημερ/νια: Βάρδια: Νο:

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ & ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΒΑΡΔΙΑΣ

Α/Α	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΒΑΡΔΙΑΣ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΚΛΥΣΙΜΩΝ	
				ΛΙΤΡΑ	ΧΙΛΙΟΜΕΤΡΑ
1	A				
2	A				
3	A				

ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ

(Συμπληρώνεται μόνο από τους ασυρματιστές, τηλεφωνητές, για προβλήματα που προκύπτουν από περιστατικά, προσωπικά, ασθενοφόρα, παλιές κ.λπ.)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΒΑΡΔΙΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΤΗΛΕΦΩΝΗΤΗ & ΑΣΥΡΜΑΤΙΣΤΗ
	ΠΡΩΙ <input type="checkbox"/>	
	ΑΠΟΓΕΥΜΑ <input type="checkbox"/>	
	ΝΥΧΤΑ <input type="checkbox"/>	
(Ονοματεπώνυμο και υπογραφή)		

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

.....

.....

.....

.....

.....

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Ε.Κ.Α.Β. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Blank lined area for recording observations.



ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

ΑΣΠΡΟ: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΡΟΣ: ΑΡΧΕΙΟ
ΚΙΠΡΙΝΟ: ΣΤΕΛΕΧΟΣ

775734

ΔΕΛΤΙΟ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____ ΒΑΡΔΙΑ _____ ΤΟΜΕΑΣ _____ ΑΡ. ΚΥΚΛΟΦ. _____

ΧΙΛΙΟΜΕΤΡΑ : αρχή βάρδιας _____ τέλος βάρδιας _____ Λίτρα βενζίνης _____

Α.Μ. ΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ: 1) _____

2) _____

ΩΡΕΣ ΣΗΜΑΤΟΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ωρα λήψης σήματος : _____	Όνοματεπώνυμο : _____
* άφιξης επί τόπου : _____	Διεύθ. παραλαβής : _____
* παραλαβής ασθενούς : _____	Αιτία διακομιδής : _____
* άφιξης στο νοσοκομείο : _____	Νοσοκομείο παράδοσης : _____
* τέλους : _____	

ΑΡΝΗΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ

Όνοματεπώνυμο : _____ Αρ. ταυτότητας : _____
 Συγγεν. σχέση : _____ Υπογραφή : _____

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ

Καρέκλα Φορείο Scoop Σανίδα ακινητοποίησης Φορείο Θέση ασφαλείας

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αναπνοή <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Απώλεια συνειδ. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Τραύμα <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Κάταγμα <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Χορήγ. οξυγόν <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Χρ. αυτόμ. απινιδ. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Αιμορραγία <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Ακινήτ. ΑΜΣΣ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Κορεσμός <input type="text"/> %	Διατ. αεραγωγού <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Αιμόσταση <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	" ΟΜΣΣ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αρτηρ. πίεση <input type="text"/>	Χρήση ambu <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Διατ. θερμ. σώμ. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Άνω άκρο <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Σφύξεις <input type="text"/>	Αναρρόφηση <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		Κάτω άκρο <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (που παραδόθηκαν στο νοσοκομείο)

1. _____ 3. _____
 2. _____ 4. _____