|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Załącznik nr 13** |
|  |
| Pełna nazwa Oferenta (uzupełniona komputerowo, wielkimi literami, np.: SZPITAL POWIATOWY NR 5 W WARSZAWIE, UL. DŁUGA 10, 00-090 WARSZAWA) |

**KARTA OCENY**

**Zadeklarowany w załączniku nr 2 udział własny w zakupie aparatury i sprzętu w ilości i rodzaju określonych w dokumencie Programu:**

[ ]  15%

[ ]  15,01%-20%

[ ]  20,01%-25%

[ ]  25,01%-30%

[ ]  30,01% i powyżej

**Zadeklarowana w załączniku nr 2a liczba pacjentów, którzy zostaną objęci cyklem rehabilitacji pneumonologicznej zgodnym z wymogami programu, rozpoczętym i zakończonym w roku 2018:**

[ ]  39 i mniej

[ ]  40-45

[ ]  46-50

[ ]  51 i więcej

**Liczba specjalistów chorób płuc wykazanych w załączniku nr 3, mogących wykazać się ukończonym kursem nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej organizowanym przez Polskie Towarzystwo Chorób Płuc (PTChP):**

[ ]  3 i mniej specjalistów

[ ]  4-5 specjalistów

[ ]  6 i więcej specjalistów

**Liczba personelu pielęgniarskiego wykazanego w załączniku nr 3, mogącego wykazać się ukończonym kursem specjalistycznym z zakresu pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie i/lub kursu organizowanego przez PTChP:**

[ ]  4 i mniej pielęgniarek

[ ]  5-6 pielęgniarek

[ ]  7 i więcej pielęgniarek

**Liczba fizjoterapeutów wykazanych w załączniku nr 3, przygotowanych do realizacji programu rehabilitacji pneumonologicznej:**

[ ]  1 fizjoterapeuta

[ ]  2-3 fizjoterapeutów

[ ]  4 i więcej fizjoterapeutów

**Doświadczenie jednostki w realizacji zadania, rozumiane jako wyłonienie jednostki na realizatora zadania: *wyposażenie sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (sNWM) w aparaturę i sprzęt medyczny* w postępowaniu konkursowym prowadzonym w roku *2016 i/lub 2017* i/lub 2018 w ramach *Krajowego programu zmniejszania umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc poprzez tworzenie sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej na lata 2016-2019,* wykazane w załączniku nr 7:**

[ ]  brak doświadczenia w realizacji zadania,

[ ]  podmiot, który reprezentuję, został wyłoniony na realizatora zadania
w wyniku jednego postępowania konkursowego, przeprowadzonego **w roku 2016, 2017 lub 2018**

[ ]  podmiot, który reprezentuję, został wyłoniony na realizatora zadania **w więcej niż jednym** postępowaniu konkursowym.

**Utworzenie lub planowanie utworzenia sali Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej w roku 2018 na terenie województwa właściwego dla siedziby oferenta:**

[ ]  dolnośląskie

[ ]  kujawsko-pomorskie

[ ]  lubelskie

[ ]  lubuskie

[ ]  łódzkie

[ ]  małopolskie

[ ]  mazowieckie

[ ]  opolskie

[ ]  podkarpackie

[ ]  podlaskie

[ ]  pomorskie

[ ]  śląskie

[ ]  świętokrzyskie

[ ]  warmińsko-mazurskie

[ ]  wielkopolskie

[ ]  zachodniopomorskie

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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………… |  | ……………………………………………  |
| Data, imienna pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej za sprawy finansowe Oferenta |  | Data, imienna pieczęć i podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta |