|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Załącznik nr 7** |
| ………………..………… |  |  |  |
| Pieczęć Oferenta |  |  |  |

**Informacja o doświadczeniu oferenta w realizacji programu polityki zdrowotnej pn. *Krajowy program zmniejszania umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc poprzez tworzenie sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej na lata 2016-2019 w przedmiocie wyposażenia sal NWM i realizacji programu rehabilitacji pneumonologicznej***

**Tabela nr 1. Oświadczenie o realizacji zadań w przedmiocie wyposażenia sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w aparaturę i sprzęt oraz realizacji programu rehabilitacji pneumonologicznej.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Realizacja zadania** | **Oświadczam, iż byłem realizatorem\*\* zadania:** | |
| 1 | 2 | 3 | |
| 1. | **w roku 2016** w przedmiocie: wyposażenie sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (sNWM) w aparaturę i sprzęt medyczny w roku 2016 oraz realizacja programu rehabilitacji pneumonologicznej w warunkach domowych dla chorych na POChP po leczeniu zaostrzenia za pomocą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w szpitalu w latach 2016-2018 | Tak\* | Nie\* |
| 2. | **w roku 2017** w przedmiocie: wyposażenie sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (sNWM) w aparaturę i sprzęt medyczny w roku 2017 oraz realizacja programu rehabilitacji pneumonologicznej w warunkach domowych dla chorych na POChP po leczeniu zaostrzenia za pomocą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w szpitalu w latach 2017-2018 | Tak\* | Nie\* |
| 3. | **w roku 2018** w przedmiocie: wyposażenie sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (sNWM) w aparaturę i sprzęt medyczny w roku 2018 oraz realizacja programu rehabilitacji pneumonologicznej w warunkach domowych dla chorych na POChP po leczeniu zaostrzenia za pomocą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w szpitalu w roku 2018 | Tak\* | Nie\* |

\* - niewłaściwe skreślić

\*\* - przez realizatora należy rozumieć podmiot, który zakupił ze środków programu aparaturę/ sprzęt i któremu zostało przyznane dofinansowanie na realizację programu rehabilitacji pneumonologicznej.

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