|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Załącznik nr 9** |
| ………………………… |  |  |  |
| Pieczęć Oferenta |  |  |  |
|  |  |  |  |

**KARTA OCENY**

1. **Podmiot, który reprezentuję:**

☐ posiada akredytację wydaną na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r.
o akredytacji w ochronie zdrowia

☐ nie posiada ww. akredytacji

1. **Podmiot, który reprezentuję:**

☐ posiada certyfikat zgodności z normą EN 15224 – Usługi Ochrony Zdrowia – System Zarządzania Jakością lub inne certyfikaty ISO, które swoim zakresem obejmują udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej lub kardiologii

☐ nie posiada ww. certyfikatu

1. **Zadeklarowany udział własny w zakupie sprzętu lub aparatury**

W przypadku wskazania w załączniku nr 2: Plan rzeczowo-finansowy w kolumnie
4 różnej wartości procentowej udziału własnego dla poszczególnych sprzętów prosimy zaznaczyć średnią dla zadeklarowanych wartości poziomów udziału własnego.

[ ]  15%

[ ]  15,01%- 20%

[ ]  20,01% - 25%

[ ]  25,01%-30%

[ ]  30,01% i powyżej

1. **Doświadczenie w realizacji Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo- Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016 w przedmiocie wyposażenia/ doposażenia hybrydowej sali operacyjnej w roku 2013**

[ ]  TAK

[ ]  NIE

1. **Doświadczenie w realizacji Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo- Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016 w przedmiocie wyposażenia/ doposażenia hybrydowej sali operacyjnej w roku 2014**

[ ]  TAK

[ ]  NIE

1. **Doświadczenie w realizacji Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo- Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016 w przedmiocie wyposażenia/ doposażenia hybrydowej sali operacyjnej w roku 2015**

[ ]  TAK

[ ]  NIE

1. **Doświadczenie w realizacji Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo- Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016 w przedmiocie wyposażenia/ doposażenia hybrydowej sali operacyjnej w roku 2016**

[ ]  TAK

[ ]  NIE

1. **Przeznaczenie zakupu sprzętu:**

[ ]  utworzenie nowej hybrydowej sali operacyjnej

☐ dostosowanie istniejącej sali operacyjnej w celu utworzenia przekształcenia
w hybrydowej sali operacyjnej

[ ]  wyposażenie/ doposażenie już funkcjonującej w strukturze oferenta hybrydowej sali operacyjnej

1. **Podmiot, który reprezentuję prowadzi działalność na terenie województwa:**

[ ]  dolnośląskiego

[ ]  kujawsko-pomorskiego

[ ]  lubelskiego

[ ]  lubuskiego

[ ]  łódzkiego

[ ]  małopolskiego

[ ]  mazowieckiego

[ ]  opolskiego

[ ]  podkarpackiego

[ ]  podlaskiego

[ ]  pomorskiego

[ ]  śląskiego

[ ]  świętokrzyskiego

[ ]  warmińsko-mazurskiego

[ ]  wielkopolskiego

[ ]  zachodniopomorskiego

1. **Podmiot, który reprezentuję**

☐ Posiada w swojej strukturze operacyjną salę hybrydową, w której wykonywane są operacje/zabiegi z zakresu kardiologii i/lub kardiochirurgii i/lub chirurgii naczyniowej

☐ Nie posiada w swojej strukturze operacyjnej sali hybrydowej, w której wykonywane są operacje/zabiegi z zakresu kardiologii i/lub kardiochirurgii i/lub chirurgii naczyniowej

1. **Podmiot, który reprezentuję posiada w swojej strukturze:**

☐ tylko 2 oddziały spośród oddziałów: kardiologia, kardiochirurgia, chirurgia naczyniowa (dowolna konfiguracja dwóch z wymienionych).

☐ wszystkie 3 oddziały spośród oddziałów: kardiologia, kardiochirurgia, chirurgia naczyniowa.

1. **Posiadam w swoich zasobach cyfrowy angiograf do badań serca i naczyń, będący na wyposażeniu bloku operacyjnego, z którego korzystają oddziały kardiochirurgii i/lub kardiologii i/lub chirurgii naczyniowej lub będący na wyposażeniu tych oddziałów:**

[ ]  TAK

[ ]  NIE

1. **Jeżeli TAK w pytaniu 12, wskaż wiek najstarszego posiadanego cyfrowego angiografu do badań serca i naczyń licząc od daty produkcji:**

[ ]  mniej niż 10 lat

[ ]  10 lat i starszy

1. **Posiadam w swoich zasobach respirator, będący na wyposażeniu bloku operacyjnego, z którego korzystają oddziały kardiochirurgii i/lub kardiologii i/lub chirurgii naczyniowej lub będący na wyposażeniu tych oddziałów:**

[ ]  TAK

[ ]  NIE

1. **Jeżeli TAK w pytaniu 14, wskaż wiek najstarszego posiadanego respiratora licząc od daty produkcji:**

[ ]  mniej niż 10 lat

[ ]  10 lat i starszy

1. **Posiadam w swoich zasobach aparat do znieczulenia, będący na wyposażeniu bloku operacyjnego, z którego korzystają oddziały kardiochirurgii i/lub kardiologii i/lub chirurgii naczyniowej lub będący na wyposażeniu tych oddziałów:**

[ ]  TAK

[ ]  NIE

1. **Jeżeli TAK w pytaniu 16, wskaż wiek najstarszego posiadanego aparatu do znieczulenia licząc od daty produkcji**

[ ]  mniej niż 10 lat

[ ]  10 lat i starszy

1. **Posiadam w swoich zasobach aparaturę do hemofiltracji i krążenia pozaustrojowego, będącą na wyposażeniu bloku operacyjnego, z którego korzystają oddziały kardiochirurgii i/lub kardiologii i/lub chirurgii naczyniowej lub będący na wyposażeniu tych oddziałów:**

[ ]  TAK

[ ]  NIE

1. **Jeżeli TAK w pytaniu 18, wskaż wiek najstarszej posiadanej aparatury do hemofiltracji i krążenia pozaustrojowego licząc od daty produkcji:**

[ ]  mniej niż 10 lat

[ ]  10 lat i starszy

1. **Posiadam w swoich zasobach aparaturę do kontrapulsacji wewnątrzaortalnej, będącą na wyposażeniu bloku operacyjnego, z którego korzystają oddziały kardiochirurgii i/lub kardiologii i/lub chirurgii naczyniowej lub będący na wyposażeniu tych oddziałów:**

[ ]  TAK

[ ]  NIE

1. **Jeżeli TAK w pytaniu 20, wskaż wiek najstarszej posiadanej aparatury do kontrapulsacji wewnątrzaortalnej licząc od daty produkcji**

[ ]  mniej niż 10 lat

[ ]  10 lat i starszy

1. **Posiadam w swoich zasobach defibrylator, będący na wyposażeniu bloku operacyjnego, z którego korzystają oddziały kardiochirurgii i/lub kardiologii i/lub chirurgii naczyniowej lub będący na wyposażeniu tych oddziałów:**

[ ]  TAK

[ ]  NIE

1. **Jeżeli TAK w pytaniu 22, wskaż wiek najstarszego posiadanego defibrylatora licząc od daty produkcji**

[ ]  mniej niż 10 lat

[ ]  10 lat i starszy

1. **Posiadam w swoich zasobach stół angiologiczny z pływającym blatem, będący na wyposażeniu bloku operacyjnego, z którego korzystają oddziały kardiochirurgii i/lub kardiologii i/lub chirurgii naczyniowej lub będący na wyposażeniu tych oddziałów:**

[ ]  TAK

[ ]  NIE

1. **Jeżeli TAK w pytaniu 22, wskaż wiek najstarszego posiadanego stołu angiologicznego z pływającym blatem licząc od daty produkcji:**

[ ]  mniej niż 10 lat

[ ]  10 lat i starszy

1. **Posiadam w swoich zasobach kolumnę chirurgiczną, będącą na wyposażeniu bloku operacyjnego, z którego korzystają oddziały kardiochirurgii i/lub kardiologii i/lub chirurgii naczyniowej lub będący na wyposażeniu tych oddziałów:**

[ ]  TAK

[ ]  NIE

1. **Jeżeli TAK w pytaniu 26, wskaż wiek najstarszej posiadanej kolumny chirurgicznej licząc od daty produkcji:**

[ ]  mniej niż 10 lat

 [ ]  10 lat i starszy

1. **Posiadam w swoich zasobach kolumnę anestezjologiczną, będącą na wyposażeniu bloku operacyjnego, z którego korzystają oddziały kardiochirurgii i/lub kardiologii i/lub chirurgii naczyniowej lub będący na wyposażeniu tych oddziałów:**

[ ]  TAK

[ ]  NIE

1. **Jeżeli TAK w pytaniu 28, wskaż wiek najstarszej posiadanej kolumny anestezjologicznej licząc od daty produkcji:**

[ ]  mniej niż 10 lat

[ ]  10 lat i starszy

1. **Posiadam w swoich zasobach aparat ultrasonograficzny, będącą na wyposażeniu bloku operacyjnego, z którego korzystają oddziały kardiochirurgii i/lub kardiologii i/lub chirurgii naczyniowej lub będący na wyposażeniu tych oddziałów:**

[ ]  TAK

[ ]  NIE

1. **Jeżeli TAK w pytaniu 30, wskaż wiek najstarszego posiadanego aparatu ultrasonograficznego licząc od daty produkcji:**

[ ]  mniej niż 10 lat

[ ]  10 lat i starszy

**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 sprawyfinansowe Oferenta |  | Data, imienna pieczęć i podpis osoby/osóbupoważnionych do reprezentacjiOferenta |