………………………… **Załącznik nr 3**

Pieczęć Oferenta

**Tabela nr 1. Informacje o lekarzach chorób płuc**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Imię  i nazwisko | Stopień/ tytuł naukowy lub zawodowy | Specjalizacja | | | Ukończony kurs NWM organizowany przez PTChP\* | | Forma zatrudnienia | Okres zatrudnienia  w jednostce Oferenta | Udokumentowane doświadczenie w zakresie prowadzenia NWM (w miesiącach) | Ukończony staż kliniczny  z zakresu NWM\*\* | |
| Specjalizacja (nazwa wraz  z rokiem uzyskania) | W trakcie specjalizacji (nazwa) | Nie dotyczy | TAK | NIE | TAK | NIE |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\* zaznaczyć ‘X’ w odpowiedniej kolumnie, dołączyć certyfikat ukończonego kursu Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej Organizowanego przez Polskie Towarzystwo Chorób Płuc**

**\*\* zaznaczyć ‘X’ w odpowiedniej kolumnie, dołączyć dokument potwierdzający odbycie stażu z zakresu NWM**

**Tabela nr 2. Informacje o kadrze pielęgniarskiej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stopień/ tytuł naukowy lub zawodowy | Specjalizacja | | | Kursy\* | | | | Roczne doświadczenie z zakresu monitorowania leczenia za pomocą NWM i opieki nad chorym wentylowanym mechanicznie | | Podstawa zatrudnienia | Okres zatrudnienia w jednostce Oferenta |
| Specjalizacja (nazwa wraz z rokiem uzyskania) | W trakcie specjalizacji (nazwa) | Nie dotyczy | Ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki | | Ukończony kurs specjalistyczny z zakresu pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie i/lub leczenia za pomocą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej\* | |
| **TAK\*** | **NIE\*** | **TAK\*** | **NIE\*** | **TAK\*** | **NIE\*** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\* zaznaczyć ‘X’ w odpowiedniej kolumnie, dołączyć certyfikat ukończonego kursu**

**Tabela nr 3. Informacja o kadrze fizjoterapeutów**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stopień/ tytuł naukowy lub zawodowy** | **Forma zatrudnienia** | **Okres zatrudnienia** | **Doświadczenie w prowadzeniu rehabilitacji pneumonologicznej** | |
| **TAK\*** | **NIE\*** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* niewłaściwe skreślić

**UWAGA!** Do tabel **należy dołączyć oświadczenia** każdej z osób wymienionej w powyższych tabelach o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych do celów przeprowadzenia konkursu zgodnie z ustawą **z** dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych* (Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm. ) **na wzorze określonym w załączniku nr 12.**

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