**UWAGA: w przypadku realizacji badań w różnych lokalizacjach – wymagane wypełnienie załącznika nr 6 oddzielnie dla każdej z lokalizacji, w których będą wykonywane badania kolonoskopowe, będące przedmiotem konkursu.**

…………………………

Pieczęć oferenta

**Załącznik nr 6**

**INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

|  |
| --- |
| **Planowane miejsce wykonywania badań kolonoskopowych w ramach Programu (należy podać nazwę i adres)** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wymagania: | Opisać spełnienie wymagań |
| 1. możliwość organizacji i deklaracja wykonania co najmniej 1000 badań kolonoskopowych rocznie w ramach Programu dla ośrodków zlokalizowanych w miastach powyżej 200 000 mieszkańców oraz co najmniej 500 badań kolonoskopowych rocznie w pozostałych ośrodkach. | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 2019 | 2020 | 2021 | | Liczba badań\* |  |  |  |   *\* należy wpisać liczbę badań możliwych do wykonania rocznie w ramach Programu, przy założeniu 20% zgłaszalności*   * Ośrodek zlokalizowany jest w mieście liczącym powyżej 200 000 mieszkańców:   ❒ tak  ❒ nie |
| 1. Zatrudnianie (zgodnie ze stanem zatrudnienia na dzień sporządzenia oferty) odpowiednio wyszkolonego personelu (minimum 2 lekarzy endoskopistów, minimum 3 pielęgniarki endoskopowe), w tym:   1 ) każdy z lekarzy zaplanowanych do wykonywania badań posiada:   1. Dyplom Umiejętności PTGE z kolonoskopii, lub 2. Dyplom Umiejętności TChP, lub 3. specjalizację z gastroenterologii, lub 4. zaliczył tygodniowe szkolenie u Koordynatora Programu 5. oświadczenie o współpracy z lekarzem histopatologiem posiadającym specjalizację | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Lp. | Imię i nazwisko lekarza endoskopisty | Symbol literowy posiadanych kwalifikacji\* | |  |  |  |   *\* należy wpisać jeden lub więcej symbolów literowych (A, B, C, D – objaśnionych w kolumnie obok), przypisanych do określonych kwalifikacji lekarza*   |  |  | | --- | --- | | Lp. | Imię i nazwisko pielęgniarki endoskopowej | |  |  |  * Potwierdzam współpracę z lekarzem histopatologiem posiadającym specjalizację:   ❒ tak  ❒ nie |
| 1. posiadanie odpowiedniego sprzętu endoskopowego, w tym:    * co najmniej 3 videokolonoskopy    * sprzęt do polipektomii (diatermia i pętle diatermiczne)    * sprzęt do tamowania krwawienia (beamer argonowy i/lub klipsownica)    * myjnia do dezynfekcji endoskopów    * igły endoskopowe oraz jednorazowe zestawy do tatuażu    * insuflator CO2 (opcjonalnie) | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Lp. | W strukturze oferenta znajdują się: | TAK\* | NIE\* | | 1. | co najmniej 3 videokolonoskopy |  |  | | 2. | sprzęt do polipektomii (diatermia i pętle diatermiczne) |  |  | | 3. | sprzęt do tamowania krwawienia (beamer argonowy i/lub klipsownica) |  |  | | 4. | myjnia do dezynfekcji endoskopów |  |  | | 5. | igły endoskopowe oraz jednorazowe zestawy do tatuażu |  |  | | 6. | insuflator CO2 (opcjonalnie) |  |  |   \* właściwe zaznaczyć znakiem „X” |
| 1. posiadanie co najmniej jednego komputera z drukarką i dostępem do Internetu w pracowni endoskopowej | ❒ tak  ❒ nie  \* właściwe zaznaczyć znakiem „X” |
| 1. posiadanie biura administracyjnego z osobną linią telefoniczną, komputerem z drukarką i dostępem do Internetu, adresem mailowym założonym dla celów realizacji Programu zgodnie z instrukcjami Koordynatora oraz sekretarką zatrudnioną dla celów realizacji Programu na co najmniej ½ etatu | ❒ tak  ❒ nie  \* właściwe zaznaczyć znakiem „X” |

................................. .........................................................................................

Data Pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania oferenta