**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