**Załącznik 3**

**OPIS ZASOBÓW OFERENTA**

|  |
| --- |
| 1. **Wymagany personel (należy wpisać wszystkie osoby zajmujące się prowadzeniem banku mleka kobiecego)**
 |
| Lp. | Imię i nazwisko | Tytuł lub stopień naukowy | Uzyskane specjalizacje oraz informacja o szkoleniach i kursach w zakresie neonatologii i laktacji | Doświadczenie (określone w latach lub miesiącach) w postępowaniu z mlekiem kobiecym | Podstawa i okres zatrudnienia u oferenta | Zakres czynności przewidzianych do realizacji w banku mleka kobiecego |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Do tabeli należy dołączyć dodatkowo podpisane imieniem i nazwiskiem oświadczenia **każdej z osób wskazanej w tabeli,** 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).

|  |
| --- |
| 1. **Informacja o oddziałach szpitalnych**
 |
| Szpital zapewnia w strukturze - w tej samej lokalizacji co prowadzony/planowany do utworzenia bank mleka kobiecego – następujące oddziały szpitalne: |
|  | neonatologiczny | tak/nie (wskazać stopień referencyjności) |
|  | położniczo-ginekologiczny | tak/nie (wskazać stopień referencyjności) (wymienić jakie) |

|  |
| --- |
| **III. Pomieszczenia, w których jest/będzie prowadzony bank mleka kobiecego:** |
| Bank mleka kobiecego obejmuje/będzie obejmował: |
|  | pokój laktacyjny | (informacja o wielkości i lokalizacji pomieszczenia oraz jego przygotowaniu do realizacji w nim zadań przewidzianych w Programie) |
|  | laboratorium banku mleka kobiecego | (informacja o wielkości i lokalizacji pomieszczenia oraz jego przygotowaniu do realizacji w nim zadań przewidzianych w Programie) |
|  | pomieszczenie biurowo-administracyjne | (informacja o wielkości i lokalizacji pomieszczenia oraz jego przygotowaniu do realizacji w nim zadań przewidzianych w Programie) |

|  |
| --- |
| 1. **Posiadany sprzęt (jeśli dotyczy)**
 |
| Szpital posiada następujący sprzęt przeznaczony dla banku mleka kobiecego (wymienić posiadany sprzęt): |
|  | pokój laktacyjny | Rodzaj sprzętu: | Liczba: | Data produkcji: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Uzasadnienie celowości zakupu nowego sprzętu: |
|  | laboratorium banku mleka kobiecego | Rodzaj sprzętu: | Liczba: | Data produkcji: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Uzasadnienie celowości zakupu nowego sprzętu: |

|  |
| --- |
| 1. **Doświadczenie w zakresie postępowania z mlekiem kobiecym pochodzącym od dawczyni (jeśli dotyczy)**
 |
| Doświadczenie związane z prowadzeniem banku mleka kobiecego: |
| (Charakterystyka z uwzględnieniem ram czasowych) |
| Doświadczenie związane z wykorzystywaniem mleka pochodzącego z banku mleka kobiecego udostępnionego przez inny szpital |
| (Charakterystyka z uwzględnieniem ram czasowych) |

|  |
| --- |
| 1. **Informacja o liczbie odbieranych rocznie porodów**
 |
| Szpital zapewnia w strukturze - w tej samej lokalizacji co prowadzony/planowany do utworzenia bank mleka kobiecego – następujące oddziały szpitalne: |
| Rok | Liczba porodów ogółem | w tym przypadki w wyniku których istnieją wskazaniado zastosowania mleka z banku mleka kobiecego |
| 2015 |  |  |
| 2016 |  |  |
| 2017 |  |  |

Dodatkowy opis zawierający, m.in. informację o okresie funkcjonowania podmiotu i jego osiągnięciach w zakresie postępowania z mlekiem z banku mleka kobiecego (własnego lub współpracującego) – jeśli dotyczy
(max 3 000 znaków)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………………… |  | ………………………………………………………. |
| Data, pieczęć i podpis osobyodpowiedzialnej za sprawyfinansowe Oferenta |  | Data, pieczęć i podpis osoby /osóbupoważnionych do reprezentacjiOferenta |