|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Załącznik nr 7** |
|  | | | |
| Pełna nazwa Oferenta (uzupełniona komputerowo, wielkimi literami, np.: SZPITAL POWIATOWY NR 5 W WARSZAWIE, UL. DŁUGA 10, 00-090 WARSZAWA) | | | |

**KARTA OCENY**

**Zadeklarowany w załączniku nr 2 udział własny w zakupie sprzętu w ilości i rodzaju określonych w dokumencie Programu:**

poniżej 5%

5,01%- 10%

10,01% - 15%

15,01% - 20%

20,01% i powyżej

**Zadeklarowana data zakupu posiadanego sprzętu stanowiącego wyposażenie banku mleka kobiecego (jeżeli dotyczy):**

rok zakupu sprzętu (2015-2017)

rok zakupu sprzętu (2011 – 2015)

rok zakupu sprzętu < 2011

**Zadeklarowany bank mleka kobiecego jest lub powstanie w tej samej lokalizacji, co oddziały: neonatologiczny i ginekologiczno-położniczy:**

tak

nie

**Zadeklarowana średnia liczba porodów z ostatnich trzech lat (2015-2017) wskazanego w załączniku nr 3:**

poniżej 1500

od 1501 do 2000

od 2001 do 2500

od 2501 do 3000

3001 i powyżej

**Personel zajmujący się realizacją poszczególnych czynności w banku mleka kobiecego:**

co najmniej jeden pracownik posiadający tytuł naukowy – profesora

co najmniej jeden pracownik posiadający tytuł naukowy – doktora

pracownicy z doświadczeniem powyżej 5 lat

pracownicy z doświadczeniem powyżej 10 lat

**Zadeklarowana współpraca z innymi szpitalami prowadzących oddziały neonatologiczne o II i III stopniu referencyjności, w zakresie udostępniania ich pacjentom mleka z danego banku mleka kobiecego, w celu objęcia działaniem banku jak najszerszego zasięgu terytorialnego:**

brak współpracy

współpraca z 1-5 szpitalami

współpraca z 6-10 szpitalami

współpraca z więcej niż 10 szpitalami

**Ocena dostępności geograficznej - odległość od istniejącego banku mleka kobiecego:**

w tym samym mieście

w tym samym województwie

w odległości do 100 km

w odległości powyżej 100 km

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 sprawy finansowe Oferenta |  | Data, imienna pieczęć i podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta |