|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Załącznik nr 13** |
|  | | | |
| 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 aparatury i sprzętu w ilości i rodzaju określonych w dokumencie Programu:**

15%

15,01%- 20%

20,01% - 25%

25,01%-30%

30,01% i powyżej

**Zadeklarowana liczba pacjentów w załączniku nr 2a, którzy zostaną objęci cyklem rehabilitacji zgodnym z wymogami programu, rozpoczętym i zakończonym w roku 2018:**

39 i mniej

40 - 45

46 - 50

51 i więcej

**Liczba specjalistów chorób płuc, mogących wykazać się ukończonym kursem NWM organizowanym przez Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, wykazanych w załączniku nr 3:**

3 i mniej specjalistów

4 -5 specjalistów

6 i więcej specjalistów

**Liczba personelu pielęgniarskiego wykazanego w załączniku nr 3 mogącego wykazać się ukończonym kursem specjalistycznym z zakresu pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie i/lub leczenia za pomocą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej:**

4 i mniej pielęgniarek

5 - 6 pielęgniarek

7 i więcej pielęgniarek

**Liczba fizjoterapeutów wykazanych w załączniku nr 3 przygotowanych do realizacji programu rehabilitacji pneumonologicznej:**

1 fizjoterapeuta

2-3 fizjoterapeutów

4 i więcej fizjoterapeutów

**Doświadczenie jednostki w realizacji zadania, rozumiane jako wyłonienie jednostki na realizatora zadania: *wyposażenie sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (sNWM) w aparaturę i sprzęt medyczny* w postępowaniu konkursowym prowadzonym w roku *2016 i/lub 2017* w ramach *Krajowego programu zmniejszania umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc poprzez tworzenie sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej na lata 2016-2019,* wykazane w załączniku nr 7:**

brak doświadczenia w realizacji zadania,

podmiot, który reprezentuję został wyłoniony na realizatora zadania   
w postępowaniu konkursowym **tylko w roku 2016,**

podmiot, który reprezentuję został wyłoniony na realizatora zadania

w postępowaniu konkursowym **tylko w roku 2017,**

podmiot, który reprezentuję został wyłoniony na realizatora zadania

w postępowaniu konkursowym **zarówno w roku 2016, jak i 2017.**

**Utworzenie lub planowanie utworzenia sali Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej w roku 2018 na terenie województwa właściwego dla siedziby oferenta:**

dolnośląskie

kujawsko-pomorskie

lubelskie

lubuskie

łódzkie

małopolskie

mazowieckie

opolskie

podkarpackie

podlaskie

pomorskie

śląskie

świętokrzyskie

warmińsko-mazurskie

wielkopolskie

zachodniopomorskie

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 |