**Załącznik 3**

**OPIS ZASOBÓW OFERENTA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Wykaz zatrudnionych przez Oferenta lekarzy dentystów** | | | | | | |
| Lp. | Imię i nazwisko | Tytuł lub stopień naukowy | Specjalizacja | Doświadczenie (określone w latach lub miesiącach) | Forma zatrudnienia u Oferenta | Okres zatrudnienia u Oferenta |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**UWAGA!** Do tabelinależy dołączyć podpisane imieniem i nazwiskiem **oświadczenia** **każdej z osób** wskazanej w tabeli, o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych do celów przeprowadzenia konkursu **na wzorze określonym w załączniku nr 7**.

|  |
| --- |
| 1. **Informacja na temat osób bezpośrednio przeprowadzających i nadzorujących przeprowadzanie badań w ramach programu** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Informacja na temat doświadczenia Oferenta** | | |
| Informacje na temat doświadczenia w prowadzeniu: | | |
|  | działalności naukowo-badawczej | *(opis rodzaju prowadzonej działalności i długości doświadczenia w tym zakresie mierzonego liczbą lat)* |
|  | działalności dydaktycznej (przed i podyplomowej) | *(opis rodzaju prowadzonej działalności i długości doświadczenia w tym zakresie mierzonego liczbą lat)* |
|  | działalności usługowo-leczniczej | *(opis rodzaju prowadzonej działalności i długości doświadczenia w tym zakresie mierzonego liczbą lat)* |
|  | współpracy naukowej z placówkami naukowo-badawczymi i placówkami regionalnymi | *(opis rodzaju i zakresu prowadzonej współpracy, wskazanie podmiotów, z jakimi jest prowadzona i długości doświadczenia w tym zakresie)* |
| Informacje na temat doświadczenia w prowadzeniu badań epidemiologicznych oraz socjomedycznych tematycznie związanych z badaniami będącymi przedmiotem programu | | |
| *(rodzaj, przedmiot i krótka charakterystyka prowadzonych badań oraz okres ich prowadzenia)* | | |
| Informacje na temat doświadczenia w realizacji programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej oraz działań z zakresu promocji zdrowia | | |
|  | doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej | *(rodzaj, tytuł, przedmiot realizowanego programu oraz okres jego realizacji)* |
|  | doświadczenie w realizacji działań z zakresu promocji zdrowia | *(rodzaju prowadzonej działalności oraz okres jej realizacji)* |
| Publikacje w renomowanych czasopismach zagranicznych, związanych ze wskazanymi w ofercie badaniami epidemiologicznymi: | | |
| Tytuł i miejsce publikacji | | Krótki opis przedmiotu publikacji  (obrazujący związek ze wskazanymi w ofercie badaniami epidemiologicznymi) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Informacje dodatkowe:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| |  |  | | --- | --- | | ………………………………..............……………………. | | | Data, imienna pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej  za sprawy finansowe Oferenta | |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | ………………………………..............……………………. | | | Data, imienna pieczęć i podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta | | |  | | |