………………………… **Załącznik nr 3**

Pieczęć Oferenta

**Tabela nr 1. Informacje o kadrze specjalistów chorób płuc.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię  i nazwisko | Stopień/ tytuł naukowy lub zawodowy | SPECJALIZACJA | | | Ukończony kurs NWM organizowany przez PTChP\*\* | | Przynajmniej roczne doświadczenie w zakresie prowadzenia NWM\*\*\*  (w miesiącach) | | Ukończony staż kliniczny  z zakresu NWM\*\*\*\* | | Forma zatrudnienia | Okres zatrudnienia  w jednostce Oferenta |
| Specjalizacja (nazwa wraz  z rokiem uzyskania) | W trakcie specjalizacji (nazwa) | Nie dotyczy | TAK\* | NIE\* | TAK\* | NIE\* | TAK\* | NIE\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Prosimy **zaznaczyć „X” w odpowiedniej kolumnie.**

\*\* Jeżeli TAK – prosimy **dołączyć certyfikat ukończonego kursu Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej organizowanego przez Polskie Towarzystwo Chorób Płuc.**

\*\*\* Jeżeli TAK – prosimy **dołączyć dokument potwierdzający doświadczenie w prowadzeniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej**,ze wskazaniem okresu doświadczenia wyrażonego w miesiącach).

\*\*\*\* Jeżeli TAK – prosimy **dołączyć dokument potwierdzający ukończenie stażu klinicznego z zakresu NWM.**

**Tabela nr 2. Informacje o kadrze pielęgniarskiej.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stopień/ tytuł naukowy lub zawodowy | SPECJALIZACJA  W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ZACHOWAWCZEGO\* | | | KURSY | | | | Przynajmniej roczne doświadczenie z zakresu monitorowania leczenia za pomocą NWM i opieki nad chorym wentylowanym mechanicznie\*\*\* | | Podstawa zatrudnienia | Okres zatrudnienia w jednostce Oferenta |
| Specjalizacja (nazwa wraz z rokiem uzyskania) | W trakcie specjalizacji (nazwa) | Nie dotyczy | Ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologiczne-go i intensywnej opieki\*\* | | Ukończony kurs specjalistyczny z zakresu pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie i/lub kursu organizowanego przez PTChP\*\* | |
| **TAK\*** | **NIE\*** | **TAK\*** | **NIE\*** | **TAK\*** | **NIE\*** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Prosimy **zaznaczyć „X” w odpowiedniej kolumnie.**

\*\* Jeżeli TAK – prosimy **dołączyć certyfikat potwierdzający ukończenie kursu**.

\*\*\* Jeżeli TAK – prosimy **dołączyć dokument potwierdzający doświadczenie z zakresu monitorowania leczenia za pomocą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej i opieki nad chorym wentylowanym mechanicznie**,ze wskazaniem okresu doświadczenia wyrażonego w miesiącach).

**Tabela nr 3. Informacja o kadrze fizjoterapeutów, przygotowanych do realizacji programu rehabilitacji pneumonologicznej.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stopień/ tytuł naukowy lub zawodowy** | **Forma zatrudnienia** | **Okres zatrudnienia** | **Doświadczenie w prowadzeniu rehabilitacji pneumonologicznej** | |
| **TAK\*** | **NIE\*** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Prosimy **zaznaczyć „X” w odpowiedniej kolumnie.**

**UWAGA!** Do tabel **należy dołączyć oświadczenia** każdej z osób wymienionej w powyższych tabelach o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych do celów przeprowadzenia konkursu zgodnie z ustawą **z** dnia 10 maja 2018 r. *o ochronie danych osobowych* (Dz. U. poz. 1000, z późn. zm.) **na wzorze określonym w załączniku nr 12.**

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