|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ..................................................  (pieczęć adresowa firmy Wykonawcy) | | |
|  | **Zadanie 1 - Resuscytacja krążeniowo-oddechowa - kurs specjalistyczny** | |
| **1** | Liczba uczestników | 29 osób (jedna grupa) |
| **2** | Grupa zawodowa | Pielęgniarki/położne |
| **3** | Czas trwania | Łączna liczba godzin przeznaczonych na realizację programu kursu specjalistycznego w kontakcie z wykładowcą/opiekunem stażu wynosi 90 godzin dydaktycznych, w tym: zajęcia teoretyczne – 20 godzin, ćwiczenia w warunkach symulowanych – 40 godzin, zajęcia praktyczne – 30 godzin. Organizator kształcenia w porozumieniu z kierownikiem kursu, ma prawo dokonać modyfikacji czasu trwania zajęć teoretycznych. Oznacza to, że 90 % łącznej liczby godzin przeznaczonych na realizację programu nie podlega zmianie.  Zajęcia prowadzone będą w dniach piątek, sobota, niedziela  Max. Liczba godzin dydaktycznych w ciągu - 12 godz. |
| **4** | Ilość przerw | Min. 4 przerwy w ciągu 1 dnia szkoleniowego. |
| **5** | Termin rozpoczęcia | Nie później niż 14 dni od daty podpisania umowy. |
| **6** | Miejsce prowadzenia kursu | **Zajęcia teoretyczne** - Aula Szpitala Św. Wojciecha.  Wykonawca zapewni: sprzęt multimedialny (rzutnik, laptop, głośniki), sprzęt do nauki resuscytacji (masaż serca, ambu, preparat do dezynfekcji ambu).  **Staże** - Oddział anestezjologii i intensywnej terapii oraz Oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego w Szpitalu św. Wojciecha |
| **7** | Rodzaj kursu | Kurs specjalistyczny - jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123 z późn. zm.) ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych).  Program kursu specjalistycznego dla pielęgniarek i położnych aktualnie zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia |

**Pakiet 1 – Zadanie 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
| **L.P.** | **Obowiązki Wykonawcy** | **Parametr wymagany** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| **1** | Przygotowanie i przeprowadzenie szkolenia o tematyce „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa - kurs specjalistyczny”.  Program ramowy zatwierdzony przezMinistra Zdrowia. | **TAK** |  |
| **2** | Przygotowanie materiałów szkoleniowych.  Konspekt zajęć teoretycznych w wersji papierowej lub elektronicznej wraz z tytułem i danymi autora: imię i nazwisko. | **TAK** |  |
| **3** | Przedstawienie harmonogramu zajęć min. 7 dni przed rozpoczęciem kursu  (data i godzina rozpoczęcia kursu). | **TAK** |  |
| **4** | Wydanie zaświadczenia o zakończeniu kursu. | **TAK** |  |
| **5** | Usługa serwisu kawowego.  Zapewnienie uczestnikom w trakcie trwania szkolenia przerwy kawowej.  Usługa powinna być świadczona w miejscu szkolenia.  Przygotowanie przerwy kawowej obejmuje:  - kawę, herbatę, mleko do kawy, cukier do kawy/herbaty, ciastka/ ciasto , wodę mineralną gazowaną/niegazowaną.  Każdemu uczestnikowi przysługuje po 2 sztuki z każdej wskazanej pozycji. | **TAK** |  |
| **6** | Dojazd na miejsce szkolenia oraz koszty związane z dojazdem wykładowców pokrywa Wykonawca. | **TAK** |  |
| **WYMAGANIA WOBEC WYKONAWCY** | | | |
| **1** | Wykonawca jest podmiotem mogącym wykonywać działalność w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych ( zgodnie z regulacjami określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz.U. 2018 poz. 123 z późn. zm.)  Wykonawca przedstawi dokument potwierdzający lub oświadczenie, zgodnie z zapisami w **§ IX. ust. 3, pkt 1 SIWZ.** | **TAK** |  |
| **2** | Kwalifikacje osób prowadzących zajęcia odpowiadają wymaganiom zawartym w programie ramowym zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia – oświadczenie zgodnie z zapisami w **§ IX. ust. 3, pkt 2 SIWZ.** | **TAK** |  |
| **3.** | Dokumentacja.  Wykonawca po zrealizowaniu kursu przedstawi listy obecności uczestników szkolenia ( z własnoręcznymi podpisami uczestników), protokół z ukończenia kursu. | **TAK** |  |

**Pakiet 1 – Zadanie 2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ..................................................  (pieczęć adresowa firmy Wykonawcy) | | | | | | |
|  | | **ZADANIE 2 - Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla dorosłych - kurs specjalistyczny** | | | | |
| **1** | | Liczba uczestników | | 21 osób (jedna grupa) | | |
| **2** | | Grupa zawodowa | | Pielęgniarki/położne | | |
| **3** | | Czas trwania | | Zgodnie z obowiązującym programem ramowym. Łączna liczba godzin przeznaczonych na realizację programu kursu specjalistycznego  w kontakcie z wykładowcą/opiekunem stażu wynosi 108 godzin dydaktycznych: zajęcia teoretyczne – 50 godzin, zajęcia praktyczne – 58 godzin. Organizator kształcenia w porozumieniu z kierownikiem kursu, ma prawo dokonać modyfikacji czasu trwania zajęć teoretycznych w wymiarze nie większym niż 10 % (z wyłączeniem ćwiczeń), które może być wykorzystane na samokształcenie. | | |
| **4** | | Ilość przerw | | Min. 4 przerwy w ciągu 1 dnia szkoleniowego. | | |
| **5** | | Termin rozpoczęcia | | **Data rozpoczęcia kursu** - nie później niż 14 dni od daty podpisania umowy  **Data zakończenia kursu** - nie później niż 1 miesiąc od daty rozpoczęcia kursu. | | |
| **6** | | Miejsce prowadzenia kursu | | **Zajęcia teoretyczne** - Aula Szpitala Św. Wojciecha.  Wykonawca zapewni: sprzęt multimedialny (rzutnik, laptop, głośniki).  **Staże** - Pracownia EKG; Oddział kardiologiczny; Oddział chorób wewnętrznych, Pracownie diagnostyki kardiologicznej w szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku | | |
| **7** | | Rodzaj kursu | | Kurs specjalistyczny jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123 z późn. zm.) ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych.  program kursu specjalistycznego dla pielęgniarek i położnych aktualnie zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia. | | |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | | | |
| **L.P.** | | **Obowiązki Wykonawcy** | | **Parametr wymagany** | | **Opis parametru wymaganego** |
| 1 | Przygotowanie i przeprowadzenie szkolenia o tematyce: „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla dorosłych  - kurs specjalistyczny”  Program ramowy zatwierdzony przez Ministra Zdrowia. | | **TAK** | |  | |
| **2** | Przygotowanie materiałów szkoleniowych.  Konspekt zajęć teoretycznych w wersji papierowej lub elektronicznej wraz z tytułem i danymi autora: imię i nazwisko. | | **TAK** | |  | |
| **3** | Przedstawienie harmonogramu zajęć min. 7 dni przed rozpoczęciem kursu  (data i godzina rozpoczęcia kursu). | | **TAK** | |  | |
| **4** | Wydanie zaświadczenia o zakończeniu kursu. | | **TAK** | |  | |
| **5** | Usługa serwisu kawowego.  Zapewnienie uczestnikom w trakcie trwania szkolenia przerwy kawowej.  Usługa powinna być świadczona w miejscu szkolenia.  Przygotowanie przerwy kawowej obejmuje:  - kawę, herbatę, mleko do kawy, cukier do kawy/herbaty, ciastka/ ciasto , wodę mineralną gazowaną/niegazowaną.  Każdemu uczestnikowi przysługuje po 2 sztuki z każdej wskazanej pozycji. | | **TAK** | |  | |
| **6** | Dojazd na miejsce szkolenia oraz koszty związane z dojazdem wykładowców pokrywa Wykonawca. | | **TAK** | |  | |
| **WYMAGANIA WOBEC WYKONAWCY** | | | | | | |
| **1** | Wykonawca jest podmiotem mogącym wykonywać działalność w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych ( zgodnie z regulacjami określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz.U. 2018 poz. 123 z późn. zm.)  Wykonawca przedstawi dokument potwierdzający lub oświadczenie, zgodnie z zapisami w **§ IX. ust. 3, pkt 1 SIWZ.** | | **TAK** | |  | |
| **2** | Kwalifikacje osób prowadzących zajęcia odpowiadają wymaganiom zawartym w programie ramowym zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia – oświadczenie zgodnie z zapisami w **§ IX. ust. 3, pkt 2 SIWZ.** | | **TAK** | |  | |
| **3.** | Dokumentacja.  Wykonawca po zrealizowaniu kursu przedstawi listy obecności uczestników szkolenia ( z własnoręcznymi podpisami uczestników), protokół z ukończenia kursu. | | **TAK** | |  | |

…..…………….……… ……….....................................................................

(miejscowość i data) (pieczęć i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)