**Pakiet 2**

|  |
| --- |
| ..................................................(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy) |
|  | **Leczenie ran - kurs specjalistyczny dla pielęgniarek** |
| **1.** | Liczba uczestników | 15 osób (jedna grupa) |
| **2.** | Grupa zawodowa | Pielęgniarki |
| **3.** | Czas trwania | Zgodnie z obowiązującym programem ramowym tj. łączna liczba godzin przeznaczonych na realizację programu kursu specjalistycznego w kontakcie z wykładowcą/opiekunem stażu wynosi 140 godzin dydaktycznych: zajęcia teoretyczne – 60 godzin, zajęcia praktyczne – 80 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 | Nie później niż 30 października 2019 |
| **6.** | Miejsce prowadzenia kursu | **Zajęcia teoretyczne** - Aula Szpitala Św. Wojciecha. Wykonawca zapewni: sprzęt multimedialny (rzutnik, laptop, głośniki). **Staże** - zapewni wykonawca w Podmiocie Leczniczym zlokalizowanym na terenie Miasta Gdańska |
| **7.** | Rodzaj kursu | Kurs specjalistyczny jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z art. 72 ust. 1 ustawy z dn. 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 aktualnie zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia. |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** |
| **L.P.** | **Obowiązki Wykonawcy** | **Parametr wymagany** | **Opis parametru wymaganego** |
| **1** | Przygotowanie i przeprowadzenie szkolenia o tematyce „leczenie ran - kurs specjalistyczny dla pielęgniarek”.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 na 7 dni przed rozpoczęciem kursu (data, 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)