W celu potwierdzenia, że oferowane usługi stanowiące przedmiot zamówienia spełniają wymagania określone przez Zamawiającego, Wykonawca w kolumnie „Wartość oferowana lub potwierdzenie spełnienia wymagania”, wpisuje wartość lub potwierdza spełnienie wymagania, wpisując „TAK” albo „NIE”.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymagania** | **Sposób weryfikacji** | **Wartość oferowana lub potwierdzenie spełnienia wymagania (TAK/NIE)** |
| 1 | Wymagana liczba pacjentów z rozpoznaniem wtórnego zapalenia otrzewnej  *(ICD-10: K65)*  ***– minimum 130 pacjentów*** | Liczba pacjentów  w roku 2024  Potwierdzone właściwym dokumentem | Liczba …. |
| 2 | Wymagana liczba pacjentów z wykonaną procedurą płukania otrzewnej  (ICD-9: 54.25)  - ***minimum 170 pacjentów*** | Liczba pacjentów  w roku 2024  Potwierdzone właściwym dokumentem | Liczba ….. |
| 3 | Publikacje w czasopismach z listy JCR  *(co najmniej 10 publikacji w Q1 w ciągu ostatniego roku, o łącznym IF minimum 100).* | Wykaz publikacji za rok 2024 wraz z IF | TAK ☐ NIE ☐  Przy wyborze TAK należy załączyć wykaz publikacji |

…………….……. (miejscowość), dnia …………….2025r.

......................................................................

*podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania*

*Wykonawcy (składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*