Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego nr OWBK.613.8.2021.1.2024

**OŚWIADCZENIE OŚRODKA**

**DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO NR OWBK.613.8.2021.1.2024**

Będąc upoważnioną/ym do reprezentowania …………………………………. (podać nazwę Ośrodka) oświadczam, że:

1. na czas realizacji niekomercyjnego badania klinicznego pn. *Non-commercial clinical trial of statins CAncer preventive and Pleiotropic TherApy IN smokers with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), projekt nr 2019/ABM/01/00074,* Ośrodek dysponuje niżej wymienionymi zasobami technicznymi niezbędnymi do wykonania przedmiotu Zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **wymagania lokalowe, w tym:** | **Tak** | **Nie** |
| gabinet lekarski |  |  |
| korytarz do wykonania testu 6minutowego chodu o długości min. 20m |  |  |
| pomieszczenie do przechowywania dokumentacji badania z szafą zamykana na klucz |  |  |
| 1. **wymagania sprzętowe, w tym:** | **Tak** | **Nie** |
| termometr do pomiaru temperatury ciała |  |  |
| ciśnieniomierz |  |  |
| pulsoksymetr |  |  |
| waga ze wzrostomierzem |  |  |
| aparat ekg |  |  |
| spirometr |  |  |
| pletyzmograf |  |  |
| termometr min./max. do kontroli temperatury przechowywania leku (w warunkach pokojowych) |  |  |
| termometr min./max. do kontroli temperatury przechowywania próbek krwi -20'C |  |  |
| zamrażarka -20'C |  |  |
| laboratorium analityczne, wykonujące badania krwi zawarte w protokole |  |  |

2) na czas realizacji niekomercyjnego badania klinicznego pn. *Non-commercial clinical trial of statins CAncer preventive and Pleiotropic TherApy IN smokers with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), projekt nr 2019/ABM/01/00074,* Ośrodek dysponuje odpowiednim personelem medycznym, w skład którego wejdą:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rola w badaniu** | **Tak** | **Nie** |
| Główny badacz - specjalista chorób płuc |  |  |
| min. jeden współbadacz - specjalista chorób płuc |  |  |
| koordynator badania w Ośrodku |  |  |
| min. jedna pielęgniarka |  |  |
| osoba wykonująca badania czynnościowe (spirometrię) np. technik lub fizjoterapeuta |  |  |

*Data*

*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Ośrodka*