Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego nr OWBK.613.10.2021.2.2025

**OŚWIADCZENIE OŚRODKA**

**DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO NR OWBK.613.10.2021.2.2025**

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

1. na czas realizacji niekomercyjnego badania klinicznego pn. *Ocena wpływu metforminy na płodność pacjentek leczonych I131 z powodu raka brodawkowatego tarczycy, projekt nr* *2020/ABM/01/00100,* Ośrodek dysponuje niżej wymienionymi zasobami technicznymi niezbędnymi do wykonania przedmiotu Zamówienia:

|  |
| --- |
| 1. **wymagania lokalowe, w tym:** |
| punkt pobrań materiału biologicznego |
| punkt obróbki materiału biologicznego |
| gabinet lekarski |
| 1. **wymagania sprzętowe, w tym:** |
| aparat DXA |
| aparat USG do USG szyi |
| aparat USG do USG ginekologicznego |
| zamrażarkę niskotemperaturową minimum – 70 stopni |
| ciśnieniomierz |
| waga ze wzrostomierzem |
| szafę zamykaną na klucz do przechowywania leku wraz z termometrem |
| szafę zamykaną na klucz do przechowywania dokumentacji pacjentów |

2) na czas realizacji niekomercyjnego badania klinicznego pn. *Ocena wpływu metforminy na płodność pacjentek leczonych I131 z powodu raka brodawkowatego tarczycy, projekt nr 2020/ABM/01/00100,* Ośrodek dysponuje odpowiednim personelem medycznym, w skład którego wejdą:

|  |
| --- |
| **Rola w badaniu** |
| Główny badacz - specjalista endokrynologii |
| min. jeden współbadacz – lekarz/lekarz rezydent |
| koordynator badania w Ośrodku |
| min. jedna pielęgniarka |
| osoba wykonująca czynności laboratoryjne (obróbka materiału biologicznego) |

*Data*

*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Ośrodka*