*………………………………* **Załącznik nr 4**

 *Pieczęć oferenta*

*INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI*

* 1. **Informacja o infrastrukturze Oferenta**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Infrastruktura/posiadany sprzęt** | **Posiadam\*\*** | **Liczba** | **Data dzienna\*\*\* uruchomienia sprzętu (przez co należy rozumieć datę rozpoczęcia udzielania świadczeń z wykorzystaniem gamma kamery w podmiocie leczniczym będącym Oferentem – podać dla każdej posiadanej gamma kamery)** | **Uwagi** |
| **TAK** | **NIE** |
| Gamma kamera\* |  |  |  |  |  |
| Infrastruktura pozwalająca na instalację gamma kamery |  |  |  |  |  |
| Pomieszczenie przystosowane do przygotowywania radiofarmaceutyków |  |  |  |  |  |
| Miernik dawek |  |  |  |  |  |
| Pracownia diagnostyki obrazowej wyposażona w tomograf komputerowy i/lub rezonans magnetyczny |  |  |  |  |  |
| Pracownia lub zakład medycyny nuklearnej |  |  |  |  |  |

\* Podać rodzaj gamma kamery, np. SPECT, planarna, SPECT-CT

\*\* Właściwe zaznaczyć **„X”**

\*\*\*Dzień/miesiąc/rok

**2. Informacja o aktywności Oferenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba:** | **W roku 2016** | **W roku 2017** |
| wykonanych świadczeń w zakresie medycyny nuklearnej (z wykorzystaniem gamma kamery)  |  |  |

1. **Informacja o kadrze medycznej – zgodnie ze stanem zatrudnienia na dzień sporządzenia oferty**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kwalifikacji**  | **Liczba osób zatrudnionych u Oferenta** | **Imię i nazwisko** | **Łączny miesięczny wymiar zatrudnienia (określić formę zatrudnienia i liczbę godzin) poszczególnych osób** | **Doświadczenie zawodowe** **w wykonywaniu badań z zakresu medycyny nuklearnej** **(w tym techniką SPECT) poszczególnych osób zatrudnionych** **u Oferenta (podać liczbę pełnych lat przepracowanych u Oferenta)** |
| 1) lekarz specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny nuklearnej pod nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny nuklearnej; |  |  |  |  |
| 2) osoba, która odbyła szkolenie w zakresie obsługi kamery scyntylacyjnej, oraz: |  |  |  |  |
| a) rozpoczęta po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie elaktroradiologii obejmujące co najmniej 1700 godzin kształcenia w zakresie elektroradiologii i uzyskała co najmniej tytuł licencjata lub inżyniera |  |  |  |  |
| b) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera |  |  |  |  |
| c) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technik elektroradiolog |  |  |  |  |
| 3) pielęgniarka |  |  |  |  |
| 4) fizyk medyczny |  |  |  |  |

Data ……………………. …………………….……..…………………..

 Pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania oferenta