*………………………………* **Załącznik nr 4**

 *Pieczęć oferenta*

*INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI*

**1. Informacja o infrastrukturze Oferenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Posiadany w strukturach Oferenta oddział/poradnia/inna komórka** | **TAK** | **NIE** |
| Poradnia hematologiczna |  |  |
| Poradnia onkologii i hematologii dziecięcej |  |  |
| Oddział hematologiczny |  |  |
| Oddział onkologii i hematologii dziecięcej |  |  |
| Inne komórki organizacyjne prowadzące leczenie chorych z nowotworami układu krwiotwórczego i chłonnego, w tym w szczególności białaczek ostrych, lub prowadzące transplantacje szpiku kostnego i komórek krwiotwórczych |  |  |

**2. Informacja o aktywności Oferenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba:** | **W roku 2016** | **W roku 2017** |
| leczonych w podmiocie leczniczym pacjentów z nowotworami układu krwiotwórczego i chłonnego |  |  |
| wykonanych w podmiocie leczniczym transplantacji szpiku i komórek krwiotwórczych |  |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kwalifikacji – lekarz specjalista z dziedziny:** | **Liczba osób zatrudnionych u Oferenta** | **Imię i nazwisko** | **Łączny miesięczny wymiar zatrudnienia (określić formę zatrudnienia i liczbę godzin) poszczególnych osób** | **Doświadczenie zawodowe w wykonywaniu świadczeń z zakresu hematologii w siedzibie Oferenta (podać liczbę pełnych lat przepracowanych u Oferenta)** |
| Hematologia |  |  |  |  |
| Onkologia i hematologia dziecięca |  |  |  |  |

Data ……………………. …………………….……..…………………..

 Pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania oferenta