**Załącznik nr 4**

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

Pieczęć oferenta

***INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI***

**1. Informacja o infrastrukturze Oferenta**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Infrastruktura (kliniki i oddziały prowadzące leczenie raka płuca)** | **Liczba** | **Rok rozpoczęcia funkcjonowania kliniki/oddziału** | **Liczba łóżek w klinice/oddziale** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2. Informacja o aktywności Oferenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba chorych leczonych w ośrodku:** | **w 2016 r.** | **w 2017 r.** |
| Liczba wykonanych torakotomii |  |  |
| Liczba chorych hospitalizowanych w ośrodku z powodu raka płuca |  |  |

**3. Informacja o kadrze medycznej**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj kwalifikacji (specjalizacja) | 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 chirurgii klatki piersiowej (w latach) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Data ................................. ..................................................

Pieczęć i podpis osoby lub osób

uprawnionych doreprezentowania oferenta