WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie
20-718 Lublin, al. Kraśnicka 100
tel. centrala 537-42-01, fax 525-80-30
tel. sekretariat 537-42-29
e-mail: szpital@szpital.lublin.pl

WSzSSPZOZ.DOP.0292 A/14/20 Lublin, dnia 27 lutego 2020 r.

ZATWIERDZAM ZMIANY
DYREKTOR
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Lublinie
.....*mgr Krzysztof Skubis*.....
Podpis i pieczęć Dyrektora

Dotyczy: konkursu ofert na zawarcie umowy na udzielanie porad specjalistycznych w Poradni Neurologicznej i wykonywanie badań EMG (Zakres I) oraz na udzielanie porad specjalistycznych w Poradni Chorób Wewnętrznych i na udzielanie świadczeń i konsultacji w oddziałach szpitalnych (Zakres II) w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lublinie.

Na podstawie Rozdziału XV ust. 1 Materiałów Informacyjnych i Szczegółowych Warunków Konkursu (w skrócie MI) wprowadza się następujące zmiany do Załącznika nr 2 do MI - projektu umowy na udzielanie porad specjalistycznych w Poradni:

1. Załącznik nr 3 do umowy otrzymuje nowe, następujące brzmienie:

Załącznik nr 3 do umowy nr ...../0292/2020
z dnia .....

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH BADAŃ EMG W WOJEWÓDZKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM IM. STEFANA KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBLINIE

Miesiąc .....rok .....

Dzień miesiąca	Godziny udzielania świadczeń		Nazwa/ rodzaj badania	Liczba badań
	od	do		

Zatwierdzam pod względem merytorycznym

.....
Podpis osoby wykonującej świadczenia

.....
pieczęć i podpis Kierownika Oddziału

2. Załącznik nr 4 do umowy otrzymuje nowe, następujące brzmienie:

Załącznik nr 4 do umowy nr ...../0292/2020
z dnia .....

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z PRZEPROWADZONYCH KONSULTACJI W WOJEWÓDZKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM IM. STEFANA KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBLINIE

Miesiąc .....rok .....

Dzień miesiąca	**Miejsce**	**Godziny udzielania świadczeń**		**Poświadczenie przeprowadzonych konsultacji przez kierownika oddziału lub lekarza dyżurnego**
		od	**do**	

Łączna liczba godzin			

Zatwierdzam pod względem merytorycznym

.....
Podpis osoby wykonującej świadczenia

.....
pieczęć i podpis Kierownika Oddziału

3. Dodaje się załącznik do 5 do umowy, o następującym brzmieniu:

Załącznik nr 5 do umowy nr ...../0292/2020
z dnia .....

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ NA RZECZ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. STEFANA KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBLINIE

miejsce: Poradnia Chorób Wewnętrznych
miesiąc.....
rok.....

Dzień miesiąca	**Godziny udzielania świadczeń**		**Łączna liczba godzin**
	od	**do**	

Wartość badań diagnostycznych zleconych przez Przyjmującego Zamówienie *(wypełnia Kierownik Oddziału)*			

Zatwierdzam pod względem merytorycznym

.....
Podpis osoby wykonującej świadczenia

.....
pieczęć i podpis Kierownika Oddziału

Pozostałe postanowienia Materiałów Informacyjnych i szczegółowych warunków konkursu, formularza oferty oraz projektu umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne nie ulegają zmianie.

Podpis Przewodniczącego Komisji Konkursowej

p.o. Z-cy DYREKTORA ds. Lecznictwa
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Lubinie
Kamal Morshed

prof. dr hab. n. med. Kamal Morshed