

*piłch*

9/NOI/2020



WNIOSK - ZAMÓWIENIE  
NA ŚWIADCZENIA  
ZDROWOTNE

WOJEWÓDZKIE WIELOSPECJALISTYCZNE  
CENTRUM ONKOLOGII I TRAUMATOLOGII  
im. M. Kopernika w Łodzi  
93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62  
ODDZIAŁ CHIRURGII NACZYNIOWEJ  
OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ  
Z PODODDZIAŁEM CHIRURGII WIDEOSKOPEWJ  
tel. 42 689 52 41, 42 689 52 42  
10 42 70 01 45 80  
000 295 403 193 (4)

Załącznik nr 1 do Zarządzenia 44/2014

1. Zakres świadczenia:

- Diagnostyka laboratoryjna
- Diagnostyka obrazowa
- Usługa lekarska
- Usługa pielęgnarska
- inna.....

2. Rodzaj świadczenia

*zobowiązanie chirurgii w zakresie chirurgii ogólny*

Uzasadnienie zakupu (uzasadnienie konieczności wszczęcia postępowania):

*Brak obsady chirurgii*

3. Wymagania pożądane, które winien spełniać przyjmujący zamówienie:

*Specjalista z długoletniej pracy*

4. Wymagania minimalne, które winien spełniać przyjmujący zamówienie:

*n.o.*

5. Określenie rodzaju dodatkowej dokumentacji załączanej przez podwykonawcę, która poświadczy posiadane doświadczenie, kwalifikacje, odbyte szkolenia, certyfikaty:

.....

data złożenia wniosku.....  
KANCELARIA SZPITALA

*6.03.2020*

Podpis wnioskodawcy  
*[Signature]*  
dr n. med. Mirosław Stelągowski

**WŁAŚCIWY MERYTORYCZNIE DYREKTOR PIONU**

(ocena celowości zakupu)

Konieczne uzupełnienie  
baday

ZASTĘPCA DYREKTORA  
ds. Lecznictwa  
dr inż. med. Jerzy Badowski  
data i podpis

**DYREKTOR SZPITALA**



WYRAŻAM ZGODĘ NA WSZCZĘCIE POSTĘPOWANIA NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA, POLECAM  
OPRACOWANIE SZCZEGÓLOWYCH WARUNKÓW KONKURSU OFERT

P. O. DYREKTORA  
Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego  
Centrum Onkologii i Traumatologii  
im. M. Kopernika w Łodzi  
data i podpis

NIE WYRAŻAM ZGODY NA WSZCZĘCIE POSTĘPOWANIA NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

mgr inż. Andrzej Kasperzyk

.....  
data i podpis

otrzymuje:

Dział Organizacji i Marketingu

12.03.2020 Namocko  
data i podpis

Przewodniczący Zespołu

.....  
data i podpis