

15 INO/2020



WNIOSEK – ZAMÓWIENIE NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 16/2020

Załączamy A lub B jeżeli dotyczy

A1. Zakres zamówienia - zapotrzebowanie osobowe:

Usługa lekarska Usługa pielęgniarska inna.....

2. Kto dotychczas zabezpieczał usługę i w jakim wymiarze czasu pracy/nowa usługa - zasadność: specjaliści chirurgii ogólnej, dotychczasowi pracownicy szpitala. Obecnie na emeryturze

3. Wymagania pożądane, które winien spełniać przyjmujący zamówienie:

Specjalizacja z chirurgii ogólnej, doświadczenie chirurgiczne

4. Zapotrzebowana ilość usług/godzin w miesiącu:

- dni powszednie w godzinach ordynacji - **liczba godzin**.....²~~5~~x7,35
- dyżur w dni powszednie – **liczba dyżurów**.....
- dyżur w dni wolne od pracy – **liczba dyżurów**.....

Poradnia: ilość dni w tygodniu.....²~~5~~ ..liczba godzin...²~~5~~x7,35

5. Sposób finansowania – proponowana stawka:

- stawka za godzinę w ramach ordynacji:.....0, 44 zł za punkt rozliczeniowy w poradni chirurgicznej
- stawka za godzinę usługi w ramach dyżuru (dni powszednie).....zł
- stawka za godzinę usługi w ramach dyżuru (dni wolne od pracy)zł

Poradnia: stawka za poradę.....zł stawka za pkt rozliczeniowy z

NFZ.....0,44.....zł

6. Obowiązek dołączenia dodatkowej dokumentacji przez podwykonawcę:

(certyfikacje, specjalizacje, doświadczenie zawodowe).....

Dyplom uzyskania specjalizacji w zakresie chirurgii ogólnej

B1. Zakres zamówienia procedury diagnostyczne:

Diagnostyka laboratoryjna Diagnostyka obrazowa

2. Kto dotychczas zabezpieczał usługę/nowa usługa - zasadność

obowiązuje od dnia 5.02.2020 r.





Pracownicy szpitala , obecnie na emeryturze, lub lekarz kontraktowy obecnie na zwolnieniu lekarskim

3. Wymagania pożądane, które winien spełniać podmiot realizujący świadczenia: specjalizacja w zakresie chirurgii ogólnej, doświadczenie zawodowe

4. szczegółowy wykaz świadczeń: (wg zapotrzebowania załączonego do wniosku)

l.p.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Szacunkowa roczna ilość świadczeń	Proponowana cena jednostkowa (PLN)	Maksymalny czas wykonania badania	Czas wykonania badania cito
------	-------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------

Porada chirurgiczna w poradni

0,44 za punkt

5. Usługa dla pacjentów:

- leczonych w warunkach stacjonarnych
- leczonych w warunkach ambulatoryjnych

WOJEWÓDZKI INSTYTUT ONKOLOGII
CENTRUM ONKOLOGII
im. M. Kopernika w Łodzi
93-519 Łódź, ul. Pabianicka 62
ODDZIAŁ CHIRURGII NACZYNIOWEJ
OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ
Z PODODDZIAŁEM CHIRURGII WIDEOSKOPOWEJ
10-4373-01-4530
tel. 42 689 52 41, 42 689 52 42
000 295 403 193 (4)
051/110043/03/080/20

Pieczętka komórki organizacyjnej

KIEROWNIK
Oddziału Chirurgii Naczyniowej,
Ogólnej i Onkologicznej
dr n. med. *Mirostaw Stelągowski*

Pieczętka i podpis wnioskodawcy

WŁAŚCIWY MERYTORYCZNIE DYREKTOR PIONU

(ocena celowości zakupu)

Zasadny

POLECAM OPRACOWANIE SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU OFERT

NIE WYRAŻAM ZGODY NA WSZCZĘCIE PROCEDURY

19.05.20
ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Lecznictwa

dr n. med. *Jerzy Bartłowski*
data i podpis

SWKO PRZEKAZANE DO AKCEPTACJI W DNIU *28.05.20*

Przewodniczący Zespołu/ podpis

WŁAŚCIWY MERYTORYCZNIE DYREKTOR PIONU



ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Lecznictwa

dr n. med. Jerzy Badowski

data i podpis

Z-CA DYREKTORA DS. EKONOMICZNO – FINANOSWYCH

KWOTA ZAMÓWIENIA WSKAZANA W SWKO MIEŚCI SIĘ/ ~~NIE MIEŚCI SIĘ~~ W ZAKRESIE ŚRODKÓW PRYZNANYCH W PLANIE FINANSOWYM NA ROKZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Ekonomiczno-Finansowych

mgr Ryszard Sardecki

03.06.20

data i podpis

DYREKTOR SZPITALA

 WYRAŻAM ZGODĘ NA WSZCZĘCIE PROCEDURY KONKURSOWEJ W TRYBIE ART. 26 UST. 4 NIE WYRAŻAM ZGODY NA WSZCZĘCIE PROCEDURYP.o. DYREKTORA
Wojewódzkiego Włokospecjalistycznego
Centrum Onkologii i Tradymatologii
im. M. Kopernika w Łodzi
mgr inż. Andrzej Kasprzyk03.06.20 P.o. DYREKTORA
Wojewódzkiego Włokospecjalistycznego
Centrum Onkologii i Tradymatologii
im. M. Kopernika data i podpis

mgr inż. Andrzej Kasprzyk

Rejestracja Wniosku

Dział Organizacyjno - Prawny 22.05.2020 Namiecka Angelika

data Rejestracji /podpis

Przewodniczący Zespołu

28.05.20

data i podpis

