



WNIOSEK – ZAMÓWIENIE NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Załącznik nr 1 do Zarządzenia 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:

~~Lekarze oddziału laryngologii onkologicznej~~.....

3. Wymagania pożądane, które winien spełniać przyjmujący zamówienie:

PWZ, certyfikat z kursu USG z zakresu głowy i szyi, min. 6-letnie doświadczenie pracy na oddziale laryngologii onkologicznej

4.Zapotrzebowana ilość usług/godzin w miesiącu:

- dni powszednie w godzinach ordynacji - liczba godzin..... **60**

- dyżur w dni powszednie – liczba dyżurów..... -

- dyżur w dni wolne od pracy – liczba dyżurów..... -

Poradnia: ilość dni w tygodniu.....-.....liczba godzin.....-

5. Sposób finansowania – proponowana stawka:

- stawka za godzinę w ramach ordynacji:..... **60** zł

- stawka za godzinę usługi w ranach dyżuru (dni powszednie)..... -zł

- stawka za godzinę usługi w ranach dyżuru (dni wolne od pracy) -zł

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

6. Obowiązek dołączenia dodatkowej dokumentacji przez podwykonawcę:

(certyfikacje, specjalizacje, doświadczenie zawodowe).....**certyfikat z kursu USG z**.....
**zakresu głowy i szyi; udokumentowane min. 6-letnie doświadczenie**.....
**pracy na oddziale laryngologii onkologicznej**.....

11



B1. Zakres zamówienia procedury diagnostyczne:

- Diagnostyka laboratoryjna Diagnostyka obrazowa

2. Kto dotychczas zabezpieczał usługę/nowa usługa - zasadność

.....

3. Wymagania pożądane, które winien spełniać podmiot realizujący świadczenia:

.....

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
------	-------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------

5. Usługa dla pacjentów:

- leczonych w warunkach stacjonarnych
 leczonych w warunkach ambulatoryjnych

WOJEWÓDZKIE WIELOSPECJALISTYCZNE
 CENTRUM ONKOLOGII I TRAUMATOLOGII
 ul. Piłsudskiego 100, 25-030 Pion
Pieczętka komórki organizacyjnej
 OSRODEK ONKOLOGII I TRAUMATOLOGII w Łodzi
 ODDZIAŁ GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ
 KLINIKA CHOROBY NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI
 tel. 42 689 54 79, fax 42 689 54 78
 000 295 403 143
 051/110043/03/080/20 (1)

Pieczętka i podpis wnioskodawcy

dr n. med. Dariusz Kozłowski
 specjalista otolaryngolog
 6367515

WŁAŚCIWY MERYTORYCZNIE DYREKTOR PIONU

(ocena celowości zakupu)

Zasadny

POLECAM OPRACOWANIE SZCZEGÓLOWYCH WARUNKÓW KONKURSU OFERT

NIE WYRAŻAM ZGODY NA WSZCZĘCIE PROCEDURY

ZASTĘPCA DYREKTORA
 ds. Lecznictwa

11.01.2022
 dr n. med. Jerzy Badowski
 data i podpis

11



SWKO PRZEKAZANE DO AKCEPTACJI W DNIU

02.03.2022
JADWIGA WŁOCH

Przewodniczący Zespołu/ podpis

WŁAŚCIWY MERYTORYCZNIE DYREKTOR PIONU

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Łączniwa

dr n. med. Jerzy Budowski

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 ROK

2022

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Ekonomiczno-Finansowych
GŁÓWNY KSIĘGOWY

mgr Agnieszka Kociszewska

data i podpis

DYREKTOR SZPITALA

 WYRAŻAM ZGODĘ NA WSZCZĘCIE PROCEDURY KONKURSOWEJ W TRYBIE ART. 26 UST. 4 NIE WYRAŻAM ZGODY NA WSZCZĘCIE PROCEDURYDYREKTOR
Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego
Centrum Onkologii i Traumatologii
im. M. Kopernika w Łodzi

data i podpis

mgr inż. Andrzej Kasprzyk

Rejestracja Wniosku

Dział Organizacyjno - Prawny

01.02.2022

data Rejestracji /podpis

Przewodniczący Zespołu

02.03.2022
JADWIGA WŁOCH

data i podpis

12

