

2022/34/110



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: Obowiązki starszego asystenta pełniła dr M.Karczewska, która przeszła na emeryturę. Obowiązki kierownika oddziału pełnił dr A.Dukowicz, który także przeszedł na emeryturę. Na stanowisko kierownika powołano dr B.Misiewicz pracującą dotychczas jako starszy asystent na oddziale. Aby zabezpieczyć prawidłową, ciągłą pracę Oddziału i Poradni niezbędnych jest dwóch lekarzy.

3. Wymagania pożądane, które winien spełniać przyjmujący zamówienie:

Lekarz powinien posiadać specjalizację z medycyny paliatywnej lub być w trakcie takiej specjalizacji.

4.Zapotrzebowana ilość usług/godzin w miesiącu:

- dni powszednie w godzinach ordynacji .- **liczba godzin 8.00-14.00**
- dyżur w dni powszednie – **liczba dyżurów: 3-4**
- dyżur w dni wolne od pracy – **liczba dyżurów 1-2**

Poradnia: ilość dni w tygodniu. 2 .liczba godzin..10

5. Sposób finansowania – proponowana stawka:

- stawka za godzinę w ramach ordynacji:..... 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

Jak stawka starszego asystenta pracującego w Oddziale.

6. Obowiązek dołączenia dodatkowej dokumentacji przez podwykonawcę:

(certyfikacje, specjalizacje, doświadczenie zawodowe) CV, dokumenty potwierdzające posiadane specjalizacje lub otwarcie specjalizacji

WOJEWÓDZKIE WIELOSPECJALISTYCZNE
 CENTRUM ONKOLOGII I TRAUMATOLOGII
 im. M. Kopernika w Łodzi
 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62
 Ośrodek Onkologii i Hematologii w Łodzi
ODDZIAŁ MEDYCYNY PALIATYWNEJ
 10-4373-01-5182 (2)
 tel. 42 689 54 81, fax 42 689 54 82
 000 295 403 038
 051/110043/15/010/22N

Z-CA KIEROWNIKA
 Oddziału Medycyny Paliatywnej
 B. Misiewicz
 lek. med. Bożena Misiewicz

obowiązuje od dnia 5.02.2020 r.

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

Pieczątką komórki organizacyjnej

Pieczątką i podpis wnioskodawcy

WŁAŚCIWY MERYTORYCZNIE DYREKTOR PIONU

(ocena celowości zakupu)

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

 POLECAM OPRACOWANIE SZCZEGÓLOWYCH WARUNKÓW KONKURSU OFERT **NIE WYRAŻAM ZGODY NA WSZCZĘCIE PROCEDURY**

Z-CA DYREKTOR,
ds. Organizacji i Organizacji Onkologicznej
Małgorzata Janus-Hübner

data i podpis

SWKO PRZEKAZANE DO AKCEPTACJI W DNIU.....
Przewodniczący Zespołu/ podpis

WŁAŚCIWY MERYTORYCZNIE DYREKTOR PIONU

.....
.....

.....
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

.....
data i podpis

DYREKTOR SZPITALA

WYRAŻAM ZGODĘ NA WSZCZĘCIE PROCEDURY KONKURSOWEJ W TRYBIE ART. 26 UST. 4

NIE WYRAŻAM ZGODY NA WSZCZĘCIE PROCEDURY

.....
data i podpis

Rejestracja Wniosku

Dział Organizacyjno - Prawny.....
Karolina Studzińska
data Rejestracji /podpis

Przewodniczący Zespołu
data i podpis