



SAMODZIELNY PUBLICZNY
SZPITAL KLINICZNY NR 1
IM. PROF. STANISŁAWA SZYSZKO
Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach

Zabrze, 09.07.2026r.

Znak: DOP/15/2026/KONKURS

Dyrektor

dr n. med.
Dariusz Budziński

ul. 3-go Maja 13-15
41-800 Zabrze

SEKRETARIAT

tel. (32) 370 43 07
fax. (32) 370 45 22

sekretariat@szpital.zabrze.pl

www.szpital.zabrze.pl

Dotyczy: Konkursu Ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie konsultacji i badań – 8 zadań:

- **Zadanie nr 1 – Konsultacje ortopedyczne dla dorosłych**
- **Zadanie nr 2 – Konsultacje neurochirurgiczne dla dorosłych**
- **Zadanie nr 3 – Badania mammograficzne**
- **Zadanie nr 4 - Badanie EUS w znieczuleniu ogólnym**
- **Zadanie nr 5 – Wybrane geny MC4R**
- **Zadanie nr 6 – Panel myositis met. Immunoblot**
- **Zadanie nr 7 – Panel wątrobowy AiH/PBC (AMA M2, M2-3E, Sp100, PML, qp210, LC-1, SLA/LP, Ro-52), met. Immunoblot**
- **Zadanie nr 8 – Oznaczenie Tandem MS (LC/MS/MS)**

Informuję, że w załączniku nr 3 do SWKO dla zadania nr 1 i zadania nr 2 wystąpiła omyłka pisarska w kolumnie: liczba świadczeń. Poprawione załączniki znajdują się poniżej.

Kierownik
Działu Organizacyjno-Prawnego
mgr Agnieszka Kaszuba

RP

ZADANIE NR 1



Pieczęć Oferenta

**Oferta rzeczowo – finansowa
na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

NAZWA ŚWIADCZENIA	Liczba świadczeń	cena jednostkowa brutto	wartość całkowita brutto	Max. czas oczekiwania na świadczenie (w dniach)	Max. czas oczekiwania na wynik świadczenia (w dniach)
Konsultacje ortopedyczne dla dorosłych					
Tryb planowy	30			3	w dniu badania
Tryb pilny	30			1	w dniu badania
ŁĄCZNA WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ BRUTTO:					

Świadczenia będą wykonywane wg następujących zasad:

- Świadczenia będą wykonywane w (nazwa jednostki i adres miejsca wykonywania świadczeń) w dniach, godz.
- Minimalna liczba osób udzielająca świadczeń zdrowotnych:
- Osobą wyznaczoną przez Oferenta, jako nadzorującego wykonanie umowy jest, tel.
- Osobą wyznaczoną przez Oferenta do kontaktu w sprawie wykonania świadczeń jest, tel.
- Odległość jednostki wykonującej świadczenia zdrowotne wynosi km od siedziby Udzielającego Zamówienia.

.....
data, pieczęć i podpis Oferenta

ZADANIE NR 2



Pieczęć Oferenta

**Oferta rzeczowo – finansowa
na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

NAZWA ŚWIADCZENIA	Liczba świadczeń	cena jednostkowa brutto	wartość całkowita brutto	Max. czas oczekiwania na świadczenie (w dniach)	Max. czas oczekiwania na wynik świadczenia (w dniach)
Konsultacje neurochirurgiczne dla dorosłych	30			3	w dniu badania
ŁĄCZNA WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ BRUTTO:					

Świadczenia będą wykonywane wg następujących zasad:

- Świadczenia będą wykonywane w:
..... (nazwa jednostki i adres
miejsca wykonywania świadczeń) w dniach, godz.
- Minimalna liczba osób udzielająca świadczeń zdrowotnych:
- Osobą wyznaczoną przez Oferenta, jako nadzorującego wykonanie umowy jest, tel.
- Osobą wyznaczoną przez Oferenta do kontaktu w sprawie wykonania świadczeń jest, tel.
- Odległość jednostki wykonującej świadczenia zdrowotne wynosi km od siedziby Udzielającego Zamówienia.

.....
data, pieczętka i podpis Oferenta