

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

Zabrze, dnia 24.10.2023r.

Znak: DOP/18/2023/KONKURS

Wszyscy Uczestnicy Postępowania Konkursowego

Dyrektor

dr n. med.
Dariusz Budziński

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

SEKRETARIAT
fax: (32) 370 45 22
sekretariat@szpital.zabrze.pl

BIURO OBSŁUGI PACJENTA
tel.: (32) 370 45 31
tel.: (32) 370 45 07

www.szpital.zabrze.pl

Dotyczy: Konkursu Ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie badań medycznych, konsultacji laryngologicznych, psychiatrycznych, okulistycznych, dermatologicznych - 6 zadań:

- **Zadanie nr 1 – Konsultacje laryngologiczne dla dorosłych**
- **Zadanie nr 2 – Konsultacje psychiatryczne dla dorosłych**
- **Zadanie nr 3 – Konsultacje psychiatryczne dla dzieci i młodzieży**
- **Zadanie nr 4 – Konsultacje dermatologiczne dla dzieci**
- **Zadanie nr 5 – Konsultacje okulistyczne**
- **Zadanie nr 6 – Badania medyczne oka**

Informuję, że do Udzielającego Zamówienia wpłynęło następujące zapytanie:

Pytanie nr 1 : Czy Udzielający Zamówienia wyrazi zgodę na zmianę zapisu w załączniku nr 3 do SWKO zadanie nr 4 pkt 1., który po zmianie otrzymałby brzmienie „Świadczenia będą wykonywane w.....

(nazwa jednostki i adres miejsca wykonywania świadczeń) od poniedziałku do piątku w godzinach (nie mniej niż 4 godz. dziennie) „

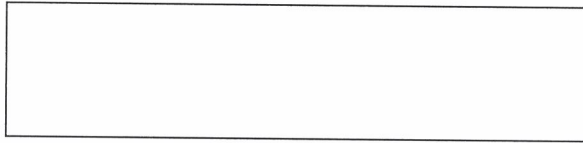
Odpowiedź nr 1: Udzielający Zamówienia wyraża zgodę. W związku z powyższym pkt. 1 Oferty rzeczowo –finansowej dla zadania nr 4 otrzymuje brzmienie: „Świadczenia będą wykonywane w.....

(nazwa jednostki i adres miejsca wykonywania świadczeń) od poniedziałku do piątku w godzinach (nie mniej niż 4 godz. dziennie) „



Kierownik
Działu Organizacyjno-Prawnego
mgr inż. Jolanta Kłaczuba

ZADANIE NR 4



Pieczęć Oferenta

Oferta rzeczowo – finansowa
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	Liczba świadczeń na 2 lata	Cena jednostkowa brutto	Wartość całkowita brutto	Maksymalny czas oczekiwania na wykonanie świadczenia
1	Konsultacje dermatologiczne dla dzieci	50			3 dni
RAZEM:			X		X

Świadczenia będą wykonywane wg następujących zasad:

1. Świadczenia będą wykonywane w.....

.....
.....

(nazwa jednostki i adres miejsca wykonywania świadczeń) od poniedziałku do piątku w godzinach (nie mniej niż 4 godz. dziennie)

2. Minimalna liczba osób udzielająca świadczeń zdrowotnych:

3. Osobą wyznaczoną przez Oferenta jako nadzorującego wykonanie umowy jest, tel.

4. Osobą wyznaczoną przez Oferenta do kontaktu w sprawie wykonania świadczeń jest, tel.

5. Odległość jednostki wykonującej świadczenia zdrowotne wynosi km od siedziby Udzielającego Zamówienia

.....
data, pieczęć i podpis Oferenta

my p