**Postępowanie konkursowe Nr MCM/WSM/K14/2023**

 **Załącznik Nr 1 do umowy**

**Miejsce, profil medyczny i wymiar czasowy**

**wykonywania świadczeń zdrowotnych**

**Lekarza: w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii**

Zgodnie z zapisami niniejszej Umowy, Lekarz wykonuje obowiązki medyczne we wszystkich medycznych komórkach organizacyjnych w siedzibie Udzielającego Zamówienie, stosownie do potrzeb wynikających z sytuacji medycznej w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

Ponadto ustala się:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Podstawowe miejsca wykonywania świadczeń zdrowotnych | Profil medyczny | Wymiar wykonywania świadczeń zdrowotnych |
| 1. | Dyżury wDziale Anestezjologii | Specjalista anestezjologii i intensywnej terapii | …………….. godz./mies. |

 ***Udzielający Zamówienia: Przyjmujący Zamówienie:***