**Postępowanie konkursowe Nr MCM/WSM/K11/2019**

**Załącznik Nr 1 do umowy**

**Miejsce, profil medyczny i wymiar czasowy**

**wykonywania świadczeń zdrowotnych**

**Lekarza: Specjalisty chirurgii ogólnej i urologii.**

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.

Ponadto ustala się:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Podstawowe miejsca wykonywania świadczeń zdrowotnych | Profil medyczny | Wymiar wykonywania świadczeń zdrowotnych |
| 1. | Podstawowy czas pracy w Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej  | Specjalista Ortopedii i traumatologii | …………….. godz./mies. |
| 2. | Dyżury w Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej  | Specjalista Ortopedii i traumatologii  | …………….. godz./mies. |
| 3. | Poradnia Chirurgii Urazowo Ortopedycznej | Specjalista Ortopedii i traumatologii  | …………… pacjentów/mies. |

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