**Postępowanie konkursowe Nr MCM/WSM/K07/2019**

**Załącznik Nr 1 do umowy**

**Miejsce, profil medyczny i wymiar czasowy**

**wykonywania świadczeń zdrowotnych**

**Lekarza: …………………………………………….**

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 medycznych | Profil medyczny | Wymiar czasowy wykonywania świadczeń |
| 1. | Dyżury w Dziale Anestezjologii | Specjalistaanestezjologii i intensywnej terapii | ………… godz./mies. |

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