**Postępowanie konkursowe Nr MCM/WSM/K08/2017**

**Załącznik Nr 1 do umowy**

**Miejsce, profil medyczny i wymiar czasowy**

**wykonywania świadczeń zdrowotnych**

**Lekarza: Specjalisty otolaryngologii.**

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 Poradni otolaryngologicznej | Specjalista otolaryngologii  | ………….. godz./tydzień. |
| 2. | Dyżury w Ambulatorium (opieka nocna i świąteczna)  | Specjalista otolaryngologii  | …………….. godz./mies. |

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