**Postępowanie konkursowe Nr MCM/WSM/K09/2016**

**Załącznik Nr 1 do umowy**

**Miejsce, profil medyczny i wymiar czasowy**

**wykonywania świadczeń zdrowotnych**

**Lekarza: Specjalisty 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.

Ponadto ustala się:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Podstawowe miejsca wykonywania świadczeń medycznych | Profil medyczny | Wymiar czasowy wykonywania świadczeń |
| 1 | Dział Anestezjologii | Specjalistaanestezjologii i intensywnej terapii | 100 godz./mies. |
| 2 | Poradnia ……. |  |  |
| 3 | Pracownia …… |  |  |
| 4 | Dyżury |  |  |

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