**Postępowanie konkursowe Nr MCM/WSM/K04/2015**

**Załącznik nr 1 do umowy**

Miejsce, profil medyczny i wymiar czasowy wykonywania świadczeń medycznych

Przyjmującego Zamówienie: **……………………….**

1. Zgodnie z zapisami niniejszej umowy Przyjmujący Zamówienie wykonuje obowiązki medyczne we wszystkich medycznych komórkach organizacyjnych w siedzibie Udzielającego Zamówienia, stosownie do potrzeb wynikających z sytuacji medycznej.
2. Ponadto ustala się:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Podstawowe miejsca wykonywania świadczeń medycznych | Profil medyczny | Wymiar czasowy wykonywania świadczeń |
| 1 | Dział …… |  | *……………………* |
| 2 | Poradnia ……. |  |  |
| 3 | Pracownia …… |  |  |
| 4 | Dyżury |  |  |

***Udzielający Zamówienia: Przyjmujący Zamówienie***

………………………………………. ……………………………………….