ZOZ Świętochłowice

Świętochłowice, 10.11.2017 r.

MODYFIKACJA

Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. dla osób fizycznych z dnia 03.11.2017 r. po modyfikacji

Zmian dokonano w następujących zapisach:

1. Rozdział III b) ust.6 regulaminu konkursu ofert. otrzymuje brzmienie:
   „6. Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania obowiązujących standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ).
2. W Regulaminie konkursu ofert załącznik nr 7 „wzór umowy" §10 po ust. 6 dodaje się ust 7. o następującym brzmieniu:
   „7. Przerwa w udzielaniu świadczeń zdrowotnych może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu zgody przez osobę zastępującą przyjmującego zamówienie, zgodnie z załącznikiem nr. 3 do niniejszej umowy."
3. Regulamin konkursu ofert załącznik nr 7 „wzór umowy" §12 ust.5 otrzymuje brzmienie:
   „5. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek zaopatrzenia się na własny koszt w odzież potrzebną do realizacji przyjętego zamówienia zgodnie ze wzorem odzieży ochronnej obowiązującym w zakładzie udzielającego zamówienia. Nie dotyczy to odzieży i obuwia wymaganego na Sali operacyjnej".
4. Regulamin konkursu ofert załącznik nr 7 „wzór umowy" §12 ust.6 otrzymuje brzmienie:
   „6.Poprzez podpisanie niniejszej umowy, przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ).
5. W Regulaminie konkursu załącznik nr 7 „Wzór umowy" dodaje się załącznik nr 3 o następującym brzmieniu:

ZOZ Świętochłowice

Załącznik nr 3 do umowy……..…
Świętochłowice, dnia.....

....
(imię i nazwisko osoby) *(komórka organizacyjna)*

.....
(pełniona funkcja)

WNIOSEK*
O UDZIELENIE ZGODY NA PRZERWĘ W UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ

Proszę o wyrażenie zgody na udzielenie przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych

w ilości ..... dni w okresie od dnia ..... do dnia .....

Krótkie uzasadnienie nieobecności:

.....

.....

.....

W czasie mojej nieobecności zastępować mnie będzie: .....

....
(podpis osoby wnioskującej) *(podpis osoby zastępującej)*

....
(akceptacja bezpośredniego przełożonego) *(akceptacja Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa)*

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody** .....
(podpis Zarządu)

* *dotyczy osób zatrudnionych w ramach umów cywilno-prawnych*
** *niepotrzebne skreślić*