ZOZ Świętochłowice

Świętochłowice, 29.11.2017 r.

MODYFIKACJA

Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. dla osób fizycznych z dnia 19.112018 r. po modyfikacji

Zmian dokonano w następujących zapisach:

1. Rozdział XII Kryteria oceny ofert regulaminu konkursu ofert otrzymuje brzmienie:

„XII. Kryteria oceny ofert:

1. Kryterium oceny ofert:

1) cena – 100%
2. Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, spełniającego wszystkie warunki wymagane określone w pkt V
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do negocjacji cen wszystkich ofert.
4. Oferta musi zawierać ostateczną wartość obejmującą wszystkie koszty.
5. Cena musi być podana w polskich złotych cyfrowo i słownie do drugiego miejsca po przecinku wg tabeli:

L. p.	**Zakres**	**Cena**
1.	1 godzina udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej pomiędzy godziną 18.00 a 8.00 dnia następnego od poniedziałku do piątku	…..... słownie(…..... …....)
2.	1 godzina udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej pomiędzy godziną 8.00 a 8.00 dnia następnego w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy.	…..... słownie(…..... …....)

2. Regulamin konkursu ofert załącznik nr 8 „wzór umowy” otrzymuje brzmienie:

Załącznik nr 8

- WZÓR UMOWY-
UMOWA NR /RO/2018
O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA SWIADCZENIA ZDROWOTNE

Zawarta dnia .....w Świętochłowicach, pomiędzy:
Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450
reprezentowanym przez:
Prezesa Zarządu: Dariusza Skłodowskiego
Wiceprezesa Zarządu: Ilonę Tkocz – Furman

zwanego w dalszej części umowy: Udzielającym Zamówienia.
a
Panem/ią ....., zamieszkałym/ą w .....
(kod: -), przy ul..... , numer ewidencyjny PESEL: .....,
który/a prowadzi działalność gospodarczą pod firmą: „.....”,
zwanym/ą w dalszej części umowy: Przyjmującym Zamówienie.

§ 1
Oznaczenie stron umowy

1. Udzielającym Zamówienia jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450.
2. Przyjmującym Zamówienie jest Pan/i ..... prowadzący/a działalność gospodarczą pod firmą: „.....”.*
3. Przyjmującym Zamówienie jest osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych.**
4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych i legitymuje się nabyciem kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 2
Określenie przedmiotu umowy

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonania zadań Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych w umowie, a Udzielający Zamówienia do zapłaty ze środków publicznych za wykonanie zamówienia.

§ 3
Określenie zakresu świadczeń zdrowotnych

1. Udzielający Zamówienia zobowiązuje przyjmującego zamówienie do profesjonalnego wykonywania zadań Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, tj.: zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ……w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych, rozumianych w szczególności, jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz

inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z badaniem i poradą lekarską, leczeniem, badaniem diagnostycznym, orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia, zapobieganiem powstawania urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne.

3. Przyjmujący Zamówienie nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

4. Przyjmujący Zamówienie nie może odmówić udzielenia konsultacji i pomocy / współpracy innym osobom wykonującym świadczenia zdrowotne u udzielającego zamówienie, także w innych jednostkach i / lub komórkach organizacyjnych.

5. Przyjmujący Zamówienie oświadcza iż, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej nie ma zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie ujętym w niniejszej umowie oraz, iż nie zawrze odrębnej umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.*

6. Przyjmujący Zamówienie deklaruje gotowość udzielania świadczeń zdrowotnych u Udzielającego Zamówienie w zależności od zgłoszonych przez niego potrzeb, wymiarze nie mniejszym niż …….. godzin tygodniowo (średni tygodniowy wymiar czasu pracy).

7. W przypadku gdyby ilość godzin o której mowa w ust. 6 uległa zmianie (zwiększenie lub zmniejszenie) przyjmujący nie będzie zgłaszał roszczeń z tego tytułu do Udzielającego Zamówienia.

8. W przypadku gdyby z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie nie doszło do udzielenia świadczenia wpisanego w harmonogramie i niezapewnienia zastępstwa, Udzielający Zamówienia może obciążyć Przyjmującego Zamówienie karą umowną równoważną wartości tych godzin zaplanowanych w harmonogramie.

§ 4

Określenie sposobu zgłaszania się i rejestracji pacjentów, organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w lokalu i poza nim, dni i godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz sposobu podawania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych

1. Sposób zgłaszania się i rejestracji pacjentów, organizację udzielania świadczeń zdrowotnych w lokalu i poza nim, dni i godziny udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz sposób podawania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych określa regulamin organizacyjny Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

2. Podpisanie niniejszej umowy stanowi zobowiązanie do przestrzegania regulaminu organizacyjnego, o którym mowa w ust.1 oraz instrukcji i procedur obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest odbyć odpowiednie szkolenie BHP przed rozpoczęciem udzielania świadczeń.

4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest poddać się we własnym zakresie badaniom profilaktycznym oraz złożyć w siedzibie udzielającego zamówienie odpowiednie zaświadczenie lekarskie, potwierdzające odbycie z pozytywnym skutkiem takich badań.

§ 5

Określenie możliwości wykonywania udzielonego zamówienia przez osobę trzecią

1. Przyjmujący Zamówienie nie może z zastrzeżeniem ust.2 wykonywać udzielonego zamówienia przez osobę trzecią. Tym samym przyjmuje się, iż osobą udzielającą określonych w umowie świadczeń zdrowotnych lub świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju jest przyjmujący zamówienie.

2. Powierzenie wykonywania zamówienia osobie trzeciej wymaga zgody udzielającego zamówienia na piśmie pod rygorem nieważności i może mieć miejsce tylko w uzasadnionych przypadkach.

§ 6

Określenie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia i podlega obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż posiada ważną polisę / polisy ubezpieczenia OC w zakresie wymaganym przez prawo w związku z wykonywaniem niniejszej umowy.

3. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany dostarczyć udzielającemu zamówienia dokument polisy / dokumenty polis w ciągu 7 dni od dnia podpisania niniejszej umowy.

4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest utrzymywać ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 2, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa przez cały czas trwania umowy.

5. W przypadku wniesienia przeciwko Udzielającemu Zamówienia pozwu związanego z zakresem udzielonego zamówienia, przyjmujący zamówienie zobowiązuje się czynnie wspomagać Udzielającego Zamówienia na każdym etapie postępowania (udzielać wyjaśnień, pisemnych konsultacji).

§ 7

Określenie czasu, na który umowa została zawarta

Umowę zawiera się na czas określony od dnia …… do …….

§ 8

Określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia

1. Strony zgodnie ustalają, iż przyjmują następujący sposób kalkulacji należności, tj. Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał kwotę …..... zł (słownie: ….....złote …….. groszy) za każdą godzinę realizacji zamówienia od poniedziałku do piątku pomiędzy godziną 18.00 a 8.00 dnia następnego.
2. Strony zgodnie ustalają, iż przyjmują następujący sposób kalkulacji należności, tj. Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał kwotę …..... zł (słownie: ….....złote …….. groszy) za każdą godzinę realizacji zamówienia w soboty niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy pomiędzy godziną 8.00 a 8.00 dnia następnego.
3. Kwoty o których mowa w ust. 1 - 2 stanowią całkowitą należność za zabezpieczenie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Strony dopuszczają możliwość renegocjacji warunków umowy po uzyskaniu zwiększonego kontraktu z NFZ.

§ 9

Ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności

1. Ustala się miesięczny okres rozliczeń należności z tytułu realizacji przyjętego zamówienia.

2. Należność z tytułu realizacji przyjętego zamówienia będzie wypłacana na podstawie przedłożonej przez Przyjmującego Zamówienie prawidłowej faktury wraz z zatwierdzonym przez Kierownika komórki organizacyjnej oraz Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa – „potwierdzeniem realizacji przyjętego zamówienia", którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

3. (ust.2)**Należność z tytułu realizacji przyjętego zamówienia będzie wypłacana na podstawie przedłożonego przez Przyjmującego Zamówienie prawidłowego rachunku wraz z zatwierdzonym przez Ordynatora/Kierownika komórki organizacyjnej/Z-cy Dyrektora ds.Lecznictwa załącznikiem

„potwierdzenie realizacji przyjętego zamówienia", którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy

4. **(ust.2) W przypadku gdy Przyjmujący Zamówienie nie prowadzi działalności gospodarczej, upoważnia on Udzielającego Zamówienia do dokonania stosownych potrąceń z tytułu składek ZUS oraz potrąceń podatku dochodowego (na podstawie złożonego przez Przyjmującego Zamówienie oświadczenia), zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

5. Należność przysługująca Przyjmującemu Zamówienie zostanie przelana na rachunek bankowy wskazany na fakturze/rachunku (nie wcześniej niż po zakończeniu okresu rozliczeniowego) w terminie do 30 dni od daty doręczenia dokumentacji, o której mowa w ust. 2.

6. Przyjmujący Zamówienie pod rygorem uznania czynności za bezskuteczną nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy ani ustanawiać na nich zastawów lub zawierać co do tych wierzytelności umów gwarancyjnych w trybie Kodeksu cywilnego, w tym w szczególności umów poręczenia, bez uprzedniej zgody Udzielającego Zamówienia wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności.

§ 10

Ustalenie trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia

1. Strony uznają, iż zamówienie będzie realizowane na podstawie harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych, ustalanego każdorazowo dla miesięcznego okresu rozliczeniowego.

2. Harmonogram, o którym mowa w ust. 1 określać będzie dla stron niniejszej umowy, dni i godziny realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z zawartą umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Zmiany w harmonogramie, o którym mowa w ust. 1 będą każdorazowo zgłaszane w formie pisemnej Udzielającemu Zamówienia i będą wymagały zgody Udzielającego Zamówienia.
4. Zmiany w miesięcznym harmonogramie mogą być dokonane wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie.
5. Uzyskanie zgody, o której mowa w ust. 4 winno być poprzedzone złożeniem przez Przyjmującego Zamówienie pisemnego wniosku o wprowadzenie zmian do harmonogramu.
6. Wniosek, o którym mowa w ust. 5 uznaje się za skutecznie złożony, wyłącznie w sytuacji, gdy data wpływu do sekretariatu Udzielającego Zamówienia przypada co najmniej na 7 dni przed dniem spełnienia świadczenia, licząc od dnia przypadającego na dzień spełnienia świadczenia.
7. Przerwa w udzielaniu świadczeń zdrowotnych może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu zgody przez osobę zastępującą Przyjmującego Zamówienie, zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej umowy.

§ 11

Postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia

1. Strony zastrzegają możliwość rozwiązania umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.

2. Przyjmujący Zamówienie jest uprawniony do wypowiedzenia niniejszej umowy z zachowaniem 2 tygodniowego okresu wypowiedzenia w przypadku gdy udzielający zamówienia będzie zalegał z płatnością co najmniej 2 faktur wystawionych przez Przyjmującego Zamówienie.

3. Udzielający Zamówienia jest uprawniony do wypowiedzenia niniejszej umowy w trybie natychmiastowym bez wypowiedzenia w przypadku gdy:
a) Przyjmujący Zamówienie został tymczasowo aresztowany na okres powyżej 1 miesiąca.

b) Przyjmujący Zamówienie w sposób niewłaściwy wykonuje przedmiot umowy pomimo 1 – krotnego pisemnego upomnienia.
c) Przyjmujący Zamówienie nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w § 6 niniejszej umowy.
d) Przyjmujący Zamówienie utracił prawo wykonywania zawodu lub został zawieszony w prawie wykonywania zawodu przez właściwy organ.
e) Przyjmujący Zamówienie powierzył wykonanie umowy osobom trzecim bez uzyskania zgody udzielającego zamówienia.
f) Przyjmujący Zamówienie nie rozpocznie wykonywania świadczeń, o których mowa w § 3 ust. 1 niniejszej umowy.
g) Przyjmujący Zamówienie jest nieobecny przez okres co najmniej 1 miesiąca bez wiedzy i zgody udzielającego zamówienie.
h) Przyjmujący Zamówienie bez zgody i wiedzy udzielającego zamówienie nie wykonuje świadczeń do wykonywania których się wcześniej zobowiązał w dniach określonych w harmonogramie, o którym mowa w § 10 ust. 2.

§ 12

Prawa i obowiązki przyjmującego oraz udzielającego zamówienie

1. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia jak również przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
3. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
4. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek obsługi zintegrowanego systemu informatycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w tym prawidłowego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.
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.
6. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek znajomość i stosowania obowiązujących w zakładzie Udzielającego Zamówienie, procedur akredytacyjnych.
7. Przyjmujący Zamówienie wykonuje inne czynności związane bezpośrednio z pracą zawodową, zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami nie objęte niniejszym zakresem, a zlecone przez przełożonego.
8. Przyjmującemu zamówienie przysługuje, prawo do:

a) zasięgania opinii i korzystania z konsultacji i doświadczeń pozostałego personelu (których z udzielającym zamówienie łączy umowa o pracę, umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych lub umowa zlecenie);
b) współpracy z personelem medycznym w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych;
c) korzystania z telefonu służbowego wyłącznie w sprawach związanych z przedmiotem niniejszej umowy.

9. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu Zamówienie leki, materiały medyczne i opatrunkowe oraz lokale, sprzęt medyczny i aparaturę niezbędne do wykonywania

niniejszej umowy, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do używania ich zgodnie z przeznaczeniem instrukcjami oraz należytą dbałością.

10. Strony niniejszej umowy są zobowiązane do zachowania należytej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy, w tym również do przestrzegania bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (t.j. Dz.U.2018 poz. 1000) oraz z innymi obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Przyjmujący Zamówienie zapewnia ochronę danych osobowych, do których będzie miał dostęp w związku z wykonaniem niniejszej umowy w sposób spójny z zasadami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia oraz ponosi pełną odpowiedzialność za szkody spowodowane naruszeniem powyższego obowiązku i zobowiązuje się je przetwarzać wyłącznie na potrzeby niniejszej umowy.

11. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy lub wyrządzenia szkody Udzielającemu Zamówienia lub osobie trzeciej, Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za swoje zawinione działania lub zaniechania do pełnej wysokości szkody powstałej w związku z wykonywaną umową.

12. W przypadku naruszenia zakazu określonego w § 9 ust 5 Przyjmujący Zamówienie zapłaci karę umowną w wysokości 5.000,00 zł.

13. Przyjmujący Zamówienie na potrzeby wykonywanej umowy korzysta ze sprzętu oraz środków medycznych Udzielającego Zamówienia.

§ 13
Zmiany w umowie

1. Nieważna jest zmiana postanowień zawartej umowy niekorzystnych dla Udzielającego Zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Przyjmującego Zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
2. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Strony dopuszczają w uzasadnionych przypadkach możliwość wydłużenia czasu trwania umowy na czas nie dłuższy niż do 4 miesięcy.

§ 14
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Wszelkie sprawy wynikające z umowy rozstrzygał będzie Sąd właściwy dla siedziby udzielającego zamówienie.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach na prawach oryginału, po jednym dla każdej ze stron.

Udzielający Zamówienia **Przyjmujący Zamówienie**

Zapoznałem/am się z treścią umowy i akceptuję jej treść

.....

podpis

ZOZ Świętochłowice

Załącznik nr 1 do umowy nr ….....

Potwierdzenie realizacji przyjętego zamówienia za miesiąc ….....20..... r.

Imię i nazwisko.....

Oddział / Dział.....

dzień	godzina rozpoczęcia	podpis lekarza	godzina zakończenia	ilość godzin	podpis lekarza	podpis Ordynatora / Kierownika Oddziału / Działu
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
			Razem:			

…….

Podpis i pieczątka zatwierdzającego

ZOZ Świętochłowice

Załącznik nr 2 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/Naczelnej Pielęgniarki)*

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody** .....

(podpis Zarządu)

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

** *niepotrzebne skreślić*