

 **Śląskie.**



**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 4  
W BYTOMIU**

**ALEJA LEGIONÓW 10 41-902 BYTOM**

**TEL.: 32 281-02-71-7 FAX.: 32 281-02-70**

**NIP: 626-25-10-567**

**KONTO BANKOWE ING Bank Śl. O/Bytom 26 1050 1230 1000 0022 1313 7165**

Bytom, dnia 22 września 2017

Do wszystkich zainteresowanych Oferentów

**DOTYCZY KONKURSU OFERT NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W  
RODZAJU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ  
OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA POTRZEB WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO  
NR 4 W BYTOMIU.**

Komisja Konkursowa po zapoznaniu się z treścią złożonych ofert na podstawie 7 ust.16 Regulaminu Konkursu wzywa niżej wymienionych Oferentów, którzy nie złożyli wymaganych oświadczeń i dokumentów potwierdzających spełnienie warunków udziału w konkursie lub, którzy złożyli dokumenty zawierające błędy do uzupełnienia braków formalnych.

**Specjalistyczna Praktyka Lekarska**

**Iwona Malicka- Kozakiewicz**

- Zaświadczenie o wpisie w Izbach Lekarskich
- Zaświadczenie o wpisie do Krajowego Rejestru Sądowego
- Dyplom ukończenia specjalizacji
- Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia pracy
- Szkolenie BHP
- Zaparafowany projekt umowy

- **Praktyka Lekarska**

**Lek. med. Janina Więclaw**

- Dyplom ukończenia studiów

- **Indywidualna Praktyka Lekarska**

**Aleksander Szostak**

- Zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich

- Zaświadczenie o wpisie w Izbach Lekarskich
- Dyplom ukończenia specjalizacji
- Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia pracy
- Szkolenie BHP
- Oryginał lub kopia dokumentu potwierdzającego nadanie NIP
- Oryginał lub kopia dokumentu potwierdzającego nadanie REGON
- Polisa OC, potwierdzająca ubezpieczenie w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia lub oświadczenie o zawarciu polisy

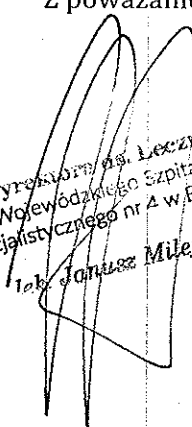
Stosowne wyjaśnienia oraz uzupełnienia braków wskazanych powyżej, należy składać w formie pisemnej w **nieprzekraczalnym terminie do dnia 28 września 2017 roku do godziny 14.00** w zamkniętej kopercie zaadresowanej do Zamawiającego, opatrzonej danymi Wykonawcy(nazwa i adres) oraz dopiskiem:

„UZUPEŁNIENIE OFERTY-

**KONKURSU OFERT NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RODZAJU  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI  
ZDROWOTNEJ DLA POTRZEB WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO NR 4 W  
BYTOMIU.**

O zachowaniu terminu decyduje data wpływu uzupełnienia oferty do Kancelarii Głównej Szpitala. W przypadku przekroczenia przez Oferenta tego terminu, złożona oferta podlegać będzie odrzuceniu.

Z poważaniem

  
Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa  
Wojewódzkiego Szpitala  
Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu  
Lek. Janusz Milejski