



**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 17 grudnia 2020 roku

NP/ŚZ/7/2020

Do Wszystkich Zainteresowanych

W odpowiedzi na pytanie uprzejmie informujemy, że Zamawiający wyraża zgodę na zmianę terminu płatności z 60 na 30 dni. W związku z powyższym § 3 ust. 4 projektu Umowy na świadczenia zdrowotne otrzymuje następujące brzmienie:

„4. Zamawiający dokona płatności wynikających z umowy przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy ujęty w treści faktury VAT. Strony ustalają, że termin płatności każdej faktury wynosi 30 dni od daty doręczenia Wykonawcy oryginału prawidłowo wystawionej faktury VAT.”

[Handwritten signature]
Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa
Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu

[Handwritten signature]
mgr Tomasz M. Lejski