

Załącznik nr 2 do Regulaminu przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych w celu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Powiatowym im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie.

**Szacowanie na dzień:** .....

(szacowanie pozostaje ważne nie dłużej niż 3 miesiące od daty powyżej)

<b>WYPEŁNIA OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA DZIAŁ FINANSOWY SZPITALA</b>	
<b>Planowane efekty ekonomiczne związane z udzielaniem świadczeń objętych postępowaniem konkursowym (jeżeli nie jest możliwe określenie tego parametru, należy wskazać cel, jaki zamierza osiągnąć podmiot leczniczy w wyniku zakontraktowania świadczeń objętych konkursem)</b>	
<b>Źródło finansowania usług objętych konkursem (właściwe zakreślić):</b>	<input type="checkbox"/> kontrakt z NFZ <input type="checkbox"/> świadczenia na rzecz innych podmiotów <input type="checkbox"/> inne źródła (wpisać jakie) .....
<b>Szacowanie wartości wnioskowanego zamówienia</b>	
<b>Szacunkowa wartość zamówienia od nawiązania umowy do końca roku</b>	
<b>Grupy pielęgniarek</b>	
Grupa 1 pielęgniarki z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położnej z tytułem magister położnictwa z wymaganą specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa	
Grupa 2 pielęgniarki, położnej z wymaganym wyższym wykształceniem (studia I stopnia) i specjalizacją, albo pielęgniarki, położnej ze średnim wykształceniem i specjalizacją	
Grupa 3 pielęgniarki, albo położnej z wymaganym średnim wykształceniem, która nie ma tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	
<b>Grupy lekarzy</b>	
Grupa 1 (lekarz specjalista)	
Grupa 2 (lekarz rezydent) z dodatkiem pierwsze 2 lata	
Grupa 2 (lekarz rezydent) z dodatkiem po 2 latach	
Grupa 3 (lekarz bez specjalizacji)	
<b>Grupy diagnosty laboratoryjnego, technika</b>	
Grupa 1 (diagnosta)	
Grupa 2 (diagnosta)	
Grupa 3 (technik)	
Grupa 4 (technik bez wykształcenia wyższego)	

<b>Podstawa dokonania wyceny szacunkowej osoba/y dokonująca/e oceny</b>	
<b>Wartość środków publicznych przewidzianych na realizację zamówienia</b>	
<b>Proponowany tryb postępowania konkursowego</b>	<input type="checkbox"/> konkurs ofert <input type="checkbox"/> bez konkursu ofert (w przypadku gdy wartość zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości 30 000 euro)
<b>Podpis Głównego Księgowego</b>	Zatwierdzam / nie zatwierdzam  do realizacji

Zatwierdzam / nie zatwierdzam do realizacji procedury wszczęcia postępowania konkursowego na świadczenia zdrowotne w zakresie złożonego wniosku.

.....  
(podpis Dyrektora Szpitala)

Uwagi: .....  
.....  
.....