

SPECYFIKACJA

**do postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert
na wykonywanie badań USG z opisem dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie -
Przychodnia w Nowym Sączu**

I. OGÓLNE WARUNKI POSTĘPOWANIA

Postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie art. 26 - 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. 2023.991 ze zm.), zwanej dalej ustawą,

1. **Do konkursu mogą przystąpić odpowiednie podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu Ustawy o działalności leczniczej.**
2. Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych.
3. Umowa zawarta będzie na okres 2 lat od 01 czerwca 2024 r.

II. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

Przedmiotem konkursu jest wykonywanie badań histopatologicznych i cytologicznych dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie – Przychodnia w Nowym Sączu.

CPV 85148000-8 – Usługi analizy medycznej

1. Szacunkowa ilość badań wynosi 1780 w okresie zamówienia
2. świadczenia zdrowotne obejmują:
 - a) badania histopatologiczne (ok. 1720)
 - b) badania immunohistochemiczne (ok. 40)
 - c) ocena cytologiczna biopsji cienkoigłowej (ok. 10)
 - d) ocena cytologiczna rozmazu na szkiełku (ok. 10)
3. Szacunkowa wartość zamówienia wynosi 102 000,00 zł.
4. Stawka za wykonane 1 badanie wynosi nie może być wyższa niż::
 - a) 40,00 zł za ocenę materiału w 1 kostce parafinowej
 - b) 92,00 zł za badanie immunohistochemiczne (jeden odczyn)
 - c) 35,00 zł za ocenę 1 biopsji cienkoigłowej
 - d) 25,00 zł za ocenę 1 rozmazu

III. SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ

1.

1. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu zamówienia obejmuje badania histopatologiczne oraz ocenę biopsji wraz z opisem w siedzibie Przyjmującego zamówienie, z wykorzystaniem jego personelu, sprzętu, aparatury i odczynników
2. Przyjmujący zamówienie będzie odbierał materiały w Przychodni w Nowym Sączu (Nowy Sącz, ul. Żółkiewskiego 11) raz w tygodniu w terminach i w sposób uzgodniony z Kierownikiem Przychodni.
3. Przyjmujący zamówienie będzie dostarczał wyniki raz w tygodniu kurierem lub drogą pocztową do 7 dni od odebrania materiału.

4. Przyjmujący zamówienie zapewnia we własnym zakresie personel, sprzęt, aparaturę i odczynniki niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia.
5. Pomieszczenia w których Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał świadczenia zdrowotne, muszą spełniać wymagania odpowiednie do zakresu udzielanych świadczeń, określone w przepisach odrębnych, a używane do realizacji przedmiotu zamówienia aparatura, sprzęt, materiały, gwarantują należyłą jakość wykonania świadczeń zdrowotnych.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do udzielania świadczeń nieprzerwanie przez cały okres trwania umowy.
7. W przypadku zaistnienia u Udzielającego zamówienia potrzeby wykonania badania innego z zakresu patomorfologii a możliwego do wykonania przez Przyjmującego zamówienie, cena tego badania nie będzie wyższa niż określona aktualnym cennikiem Przyjmującego zamówienie.
8. W przypadku uzasadnionej zmiany metodyki lub zastosowania innych niż dotychczas odczynników dopuszcza się możliwość zmiany ceny badania o udowodnioną różnicę kosztów pomiędzy odczynnikiem/preparatem dotychczas stosowanym a nowowprowadzonym.
9. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapłaty kar umownych z tytułu nienależytego wykonywania umowy w wysokości do 15% kwoty faktury miesięcznej.
10. Termin płatności wynagrodzenia - do 30 dni od dnia otrzymania faktury.
11. Umowa może być rozwiązana za 1-miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
12. Okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem:
 - 1) przez Udzielającego zamówienia w przypadku wystąpienia u niego sytuacji zagrażającej utratą płynności finansowej zakładu lub konieczności zmiany organizacji świadczeń oraz jeśli Przyjmujący zamówienie nie wypełnia podstawowych obowiązków umownych, a w szczególności, gdy:
 - a) ograniczy dostępność w zakresie udzielania świadczeń – nieuzasadniona odmowa przyjęcia materiału;
 - b) zawęzi zakres udzielania świadczeń;
 - c) będzie udzielał świadczeń zdrowotnych złej jakości (uzasadnione skargi pacjentów oraz fachowych pracowników Zamawiającego);
 - d) nie przedstawi aktualnej polisy ubezpieczeniowej;
 - e) nie będzie przestrzegał ustalonej organizacji udzielania świadczeń;
 - f) nie będzie przestrzegał obowiązujących przepisów prawnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - g) spowoduje szkodę u Udzielającego zamówienia z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.
 - 2) przez Przyjmującego zamówienie w przypadku opóźnienia przez Udzielającego zamówienia w zapłacie należności, przekraczającego 60 dni.
13. W przypadku wystąpienia u Udzielającego zamówienia sytuacji zagrażającej utratą płynności finansowej zakładu, mogą zostać zawarte aneksy do umowy uwzględniające nowe warunki, w tym stosowne zmiany wynagrodzenia)
14. Do obowiązków Przyjmującego zamówienie należy w szczególności:
 - 1) wykonywanie badań stanowiących przedmiot postępowania, na podstawie skierowania lekarza Przychodni w Nowym Sączu SP ZOZ MSW w Krakowie,
 - 2) wykonywanie badań stanowiących przedmiot postępowania zgodnie z obowiązującymi standardami jakości, z zasadami współczesnej wiedzy technicznej i analitycznej, obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu najwyższej staranności;
 - 3) wykonywanie badań zgodnie z wymaganiami NFZ wobec pracowni diagnostyki laboratoryjnej, pozwalającymi na realizację wszystkich umów

- zawartych pomiędzy SP ZOZ MSW w Krakowie z NFZ, oraz innymi podmiotami a wykonywanych w Przychodni w Nowym Sączu;
- 4) stosowanie aparatury i sprzętu posiadających certyfikaty dopuszczenia do obrotu oraz zapewniającego wysoką jakość świadczonych usług;
 - 5) stosowanie materiałów, odczynników, standardów, procedur i metodologii spełniających wymogi określone aktualnymi przepisami prawa;
 - 6) udzielanie świadczeń przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji i spełniające wymagania zdrowotne; prowadzenie i archiwizacja dokumentacji medycznej zgodnie z aktualnym Rozporządzeniem MSWiA w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz sprawozdawczości statystycznej w zakresie przedmiotu zamówienia;
 - 8) prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej po wejściu w życie stosownych przepisów;
 - 9) zapewnienie ochrony danych objętych dokumentacją medyczną;
 - 10) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych, zasad bezpieczeństwa, higieny pracy, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o działalności leczniczej;
 - 11) należyte i terminowe wykonywanie świadczeń;
 - 12) poddawanie się procedurom kontrolnym Udzielającego zamówienia;
 - 13) zobowiązanie się do poddania kontroli Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy;
 - 14) zachowanie ciągłości ubezpieczenia w czasie trwania umowy oraz dostarczenie niezwłocznie aktualnego dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie po upływie ważności poprzedniego okresu ubezpieczenia;

IV. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW

A . DOKUMENTY

Dla udokumentowania spełnienia wymaganych warunków oraz uznania formalnej poprawności, oferta musi zawierać następujące dokumenty (odpisy/kserokopie) poświadczane za zgodność z oryginałem/wydruki z systemu teleinformatycznego nie wymagającego podpisu. Załączone dokumenty muszą posiadać atrybut aktualności.

Formularz ofertowy
Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i specyfikacją
Dokumenty stwierdzające wpis: - do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej - Zaświadczenie o wpisie laboratorium do ewidencji laboratoriów KIDL
Polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta w zakresie prowadzonej działalności leczniczej.
Informacje o ofercie
Inne dokumenty, które oferent uzna za stosowne
Lista osób wykonujących świadczenia zdrowotne wraz z ich kwalifikacjami i numerami prawa wykonywania zawodu
Wykaz sprzętu na którym wykonywane będą świadczenia

Uwaga:

1. Potwierdzenia kserokopii dokumentów dokonuje Oferent lub osoba upoważniona do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.
2. W przypadku ofert zawierających braki formalne lub gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów, zostanie on wezwany przez komisję Udzielającego zamówienia do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
3. W przypadku ofert zawierających oczywiste błędy, pomyłki pisarskie lub rachunkowe, Komisja Udzielającego zamówienia może poprawić je po uzgodnieniu z Oferentem.

B. POZOSTAŁE WARUNKI:

1. Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez oferenta zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą musi odpowiadać przedmiotowi zamówienia.
2. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu zamówienia – 1 lekarz specjalista patomorfologii.
3. Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał badania, o których mowa w specyfikacji, w siedzibie Przyjmującego zamówienie, z wykorzystaniem własnej aparatury, sprzętu, odczynników i leków.
4. Przyjmujący zamówienie zapewnia ciągłość, kompleksowość, dostępność
5. i jakość udzielanych świadczeń na warunkach określanych w umowach Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia zakresie przedmiotu zamówienia.

V. KRYTERIA OCENY OFERT.

1. Ocenie podlegają oferty złożone przez oferentów spełniających warunki w zakresie jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości określone w niniejszej specyfikacji z uwzględnieniem następującego kryterium cenowego:

Suma cen badań przy zapewnieniu warunków o których mowa w p. IV ust. B niniejszej specyfikacji - max. 100 pkt

$$\frac{C_n}{C_o} \times 100$$

Gdzie: **C_n** oznacza najniższą zaoferowaną sumę cen
C_o oznacza sumę cen zaproponowaną w danej ofercie

2. W przypadku, kiedy dwie oferty uzyskają tę samą liczbę punktów, o przyjęciu jednej z nich zdecyduje czas oczekiwania na autoryzowany wynik od momentu odebrania materiału od Udzielającego zamówienia.

VI. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty w zaklejonych kopertach powinny być zaadresowane wg poniższego wzoru:

SP ZOZ MSWiA w Krakowie
ul. Kronikarza Galla 25, 30 – 053 Kraków
Konkurs ofert nr 18/2024
Nie otwierać przed 15 maja 2024 r.

Ponadto koperta powinna zawierać nazwę i adres Oferenta napisane w lewym górnym rogu.

2. Oferty należy składać w Kancelarii lub Sekretariacie Zakładu przy ul. Kronikarza Galla 25 w Krakowie, do dnia 15 maja 2024 r. do godz. 10⁰⁰
3. Oferty złożone po terminie będą zwracane bez otwierania.
4. Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane w ciągłości i podpisane przez Oferenta. Wszystkie strony oferty należy spiąć w sposób uniemożliwiający jej zdekompletowanie.
5. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi Oferent.
6. Okres związania ofertą wynosi 30 dni.

VII. DODATKOWE INFORMACJE DLA OFERENTÓW

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 15 maja 2024 r. o godz. 11.00 w Dziale Statystyki i Obsługi Umów Medycznych Udzielającego zamówienia w Krakowie przy ul. Kronikarza Galla 25 (Budynek C, pok. 11). Oferenci mogą uczestniczyć w otwarciu ofert, w trakcie którego zostaną odczytane nazwy oferentów i proponowane stawki.
2. Rozstrzygnięcie konkursu ofert zostanie ogłoszone na tablicy informacyjnej w siedzibie SP ZOZ MSWiA w Krakowie oraz na stronie internetowej do dnia 17 maja 2024 r.
3. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta w terminie 21 dni, licząc od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert, z oferentami niepodlegającymi odrzuceniu, spełniającymi warunki określone w niniejszym postępowaniu, których oferty zostaną uznane za najkorzystniejsze w oparciu o ustalone kryteria oceny.
4. W razie, gdy złożona została tylko jedna oferta, Zamawiający może przyjąć tę ofertę, jeżeli komisja konkursowa stwierdzi, że spełnia ona wymagania.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu i przesunięcia terminu składania ofert.
6. Odrzuca się ofertę :
 - a) złożoną po terminie ,
 - b) zawierającą nieprawdziwe informacje,
 - c) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń,
 - d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
 - e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
 - f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
 - g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Zamawiającego w postępowaniu konkursowym.
 - h) złożoną przez oferenta , z którym została rozwiązana przez Zamawiającego umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn zawinionych przez oferenta.
7. Unieważnia się postępowanie gdy:
 - a) nie wpłynęła żadna oferta, lub wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, nieprzyjęta przez Komisję,
 - b) odrzucono wszystkie oferty,
 - c) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na finansowanie świadczeń,

- d) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

VIII. POSTĘPOWANIE ODWOŁAWCZE.

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Komisja konkursowa rozpatruje protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie ulega zwieszeniu, chyba, że protest jest oczywiście bezzasadny. Protest wniesiony po terminie nie podlega rozpoznaniu.
3. W terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu, oferent może wnieść do dyrektora SP ZOZ MSWiA w Krakowie odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.
4. Dyrektor SP ZOZ MSWiA w Krakowie rozpatruje odwołanie w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

Udzielający zamówienia

KLAUZULA INFORMACYJNA
INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, dalej RODO), informujemy że w odniesieniu do danych osobowych osób fizycznych reprezentujących kontrahenta oraz osób fizycznych wskazanych przez ten podmiot jako osoby do kontaktu/koordynatorzy/ osoby odpowiednie za wykonanie Umowy/porozumienia/Zamówienia itp.:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie z siedzibą w Krakowie, ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków, NIP: 677-20-75-248, REGON: 350995109;
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych w tym realizacją przysługujących Pani/Panu w tym zakresie praw można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych drogą mailową, pisząc na adres: iod@zozmswiakrakow.pl, drogą listowną, pisząc na adres siedziby administratora lub telefonicznie, dzwoniąc pod numer: +48 663 307 507.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane jedynie w celu i zakresie niezbędnym do wykonania zadań administratora danych osobowych związanych z realizacją Umowy/Porozumienia/Zamówienia w kategorii dane zwykle – imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer ewidencyjny PESEL, zajmowane stanowisko i miejsce pracy, numer służbowego telefonu, służbowy adres email. Dane osobowe o których mowa w niniejszym punkcie przetwarzane są na podstawie art. 6., ust. 1., pkt b, c, f;
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom wykonującym działalność komercyjną na podstawie umów udostępnienia lub powierzenia przetwarzania danych, zajmujących się naprawą, serwisem i nadzorem autorskim oprogramowania funkcjonującego w siedzibie Administratora w zakresie niezbędnym do usunięcia awarii, podmiotom szkoleniowym, doradczym, konsultacyjnym, w zakresie danych niezbędnych do przeprowadzenia usług, organom nadzorczym, kontrolnym, audytowym;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego;
6. Pani/Pana dane osobowe stanowiące dokumentację dotyczącą wykonania umowy oraz będą przechowywane przez okres 5 lat liczonego od dnia zakończenia obowiązywania umowy;
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu oraz prawo do przenoszenia danych w przypadkach określonych w przepisach RODO;
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia w każdym momencie sprzeciwu na przetwarzanie danych osobowych – z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją np. naruszeniem prywatności;
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
10. Podanie danych osobowych, o których mowa w ust. 1, jest wymagane do zawarcia Umowy/Porozumienia, Zamówienia. Odmowa podania danych osobowych skutkuje niemożnością zawarcia i realizacji Umowy/Porozumienia/Zamówienia;
11. Podane przez Panią/ Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

Kontrahent zobowiązuje się poinformować wskazane przez siebie osoby fizyczne nie podpisujące Umowy/Porozumienia/ Zamówienia itp., o których mowa w ust. 1, o treści niniejszej klauzuli informacyjnej.

(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

2. Nazwa i adres oferenta

.....
.....
.....

2. Data sporządzenia oferty:.....

- **zł – za 1 bloczek parafinowy**
- **zł – za 1 badanie immunohistochemiczne (jeden odczyn)**
- **zł – za ocenę 1 biopsji cienkoigłowej (cytologia)**
- **zł – za 1 rozmaz**
- **czas oczekiwania na autoryzowany wynik od momentu odebrania materiału od Udzielającego zamówienia.**

3. Wykaz załączników do oferty:

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.
- f.
- g.
- h.
- i.
- j.

4. Przyjmuje do wiadomości i akceptuje warunek, że nie złożenie przeze mnie żądanych przez Zamawiającego dokumentów może spowodować odrzucenie oferty.

Miejsce i data:.....

(podpis)_____

(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

Ja (imię i nazwisko)

.....

W imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy (nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

.....

.....

.....

Niniejszym oświadczam, co następuje:

1. Zapewniam jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość udzielanych świadczeń na warunkach określanych w umowach Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie przedmiotu zamówienia.
2. Posiadam/Personel posiada wskazane kwalifikacje zawodowe i doświadczenie w celu przyjęcia obowiązków udzielania określonych w specyfikacji świadczeń zdrowotnych.
3. Znane mi są warunki postępowania konkursowego, przedstawione w specyfikacji warunków przygotowania oferty i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostaję związany przez okres 30 dni od daty złożenia oferty.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w przypadku przyjęcia mojej oferty.
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w niniejszym postępowaniu. TAK/NIE* ?

Miejsce i data:.....

(podpis)_____

Informacje o ofercie

1. Dokładna nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą

2. numer wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

3. nr wpisu do KRS _____

4. osoba upoważniona do występowania w imieniu oferenta _____

5. Nr rachunku bankowego _____

6. NIP _____

7. REGON _____

8. Adres do korespondencji _____

9. Adres e-mail _____

10. Kontaktowy numer telefonu _____

11. Nr fax _____

Miejsce i data:.....

(podpis) _____

Lista osób wykonujących badania histopatologiczne w Nowym Sączu

Lp	Imię i nazwisko	Nr Prawa wykonywania zawodu	Specjalizacje	Uwagi
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

.....
data i podpis osoby upoważnionej

**LISTA SPRZĘTU NA KTÓRYM BĘDĄ WYKONYWANE
BADANIA histopatologiczne**

Lp.	NAZWA SPRZĘTU, PRODUCENT, TYP	ROK PRODUKCJI	Sprzęt serwisowany Tak/nie
1			
2			
3			
4			
5			

.....
data i podpis osoby upoważnionej