

Wrocław, dnia .....

**Z-ca Dyrektora w Pionie**

**Dyrektor Naczelny**  
w/m

**WNIOSEK O ROZPOCZĘCIE POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO NA  
ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH**

**Przedmiot postępowania**

Zapotrzebowanie na  
**LEKARZA SPECJALISTĘ ORTOPEDII I TRAMATOLOGII NARZĄDU RUCHU**

**Komórka organizacyjna, w której ma być wykonywany podstawowy zakres zadań**  
Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

**Komórka organizacyjna, w której ma być wykonywany dodatkowy zakres zadań**  
Poradnia Przykliniczna

**Uprawnienia/kwalifikacje/specjalizacje**  
**Wymagana jest specjalizacja z ortopedii i traumatologii narządu ruchu**  
**Stopień doktora nauk medycznych**  
**Wykazanie co najmniej 2 prac opublikowanych w czasopismach IF**

**Dodatkowe uprawnienia**  
Umiejętność posługiwania się nawigacją O-Arm oraz umiejętność obsługi neuromonitoringu  
Doświadczenie w zakresie chirurgii kręgosłupa

**Czas trwania umowy 24 miesiące**

**Maksymalna kwota przeznaczona na realizację zamówienia**

suma:

stawka za dyżur zwykły 842 zł / sobotni 1179 zł / dyżur świąteczny 1360 zł

inne: 7% wartości procedury brutto

H51 – 1834,56 zł

H52 – 982,80 zł

H53 – 655,20 zł

H54 – 43,68 zł

H55 – 243,88 zł

A22 – 811,72 zł

A23 – 469,56 zł

Wartość zamówienia

Kwota wydatkowana do tej pory

**Termin ogłoszenia postępowania**

Ogłoszenie zostanie umieszczone w ciągu 4 dni roboczych od wpłynięcia do DZH w/w wniosku zaakceptowanego przez DN

**Termin składania ofert**

Oferty należy składać w terminie do 31.08.2015 do godz. 10:00

**Termin rozstrzygnięcia konkursu**

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi 31.08.2015

**Skład komisji**

przewodniczący Z-ca Dyrektora ds. Finansowych- Dwornikowska-Dąbrowska Mariola  
zastępca Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa Otwartego Korzeniowska Barbara  
członek Kierownik Działu Personalnego Kulczycka Jadwiga  
sekretarz Uchwał Mateusz

**Możliwość składania ofert częściowych**

tak  nie

**Ogłoszenie należy umieścić w prasie**

tak  nie

.....  
(data i podpis Z-cy Dyrektora w Pionie)

---

**Stanowisko Z-cy Dyrektora ds. Finansowych**

wyrażam zgodę                       nie wyrażam zgody

Uwagi  
Jak DL

.....  
(data i podpis Z-cy Dyrektora ds. Finansowych)

---

**Stanowisko Dyrektora Naczelnego**

wyrażam zgodę                       nie wyrażam zgody

Uwagi

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

.....  
(data i podpis Dyrektora Naczelnego)