

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>POSTĘPOWANIE I NAZWA:</b><br><b>15-22-000003/SZP/03/8/03.4100.500.02/12</b><br><b>2022 - LECZENIE SZPITALNE -</b><br><b>ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO</b><br><b>SZPITALNEGO SYSTEMU</b><br><b>ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI</b><br><b>ZDROWOTNEJ (PSZ)</b> | <b>DATA:</b><br><b>2021-11-30</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|

**INFORMACJA O ROZSTRZYGNIĘCIU POSTĘPOWANIA O  
OBJĘCIE ŚWIADCZEŃ KOMPLEKSOWYCH  
W ZAKRESIE  
UMOWĄ PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ  
OPIEKI ZDROWOTNEJ**

W wyniku postępowania dokonano pozytywnej oceny 1 wniosek:

**Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica**

**Ul. Rydygiera 1**

**64-920 Piła**

(należy podać nazwę i adres Wnioskującego )

- |                                   |                            |                   |
|-----------------------------------|----------------------------|-------------------|
| 1) Krystyna Woroniecka            | przewodniczący Zespołu     | .....<br>(podpis) |
| 2) Wioletta Markowska-Wasiak      | wiceprzewodniczący Zespołu | .....<br>(podpis) |
| 3) Edyta Frączek                  | członek Zespołu            | .....<br>(podpis) |
| 4) Karolina Furmanowicz-Jankowska | członek Zespołu            | .....<br>(podpis) |
| 5) Beata Orligóra                 | protokolant                | .....<br>(podpis) |

.....  
Pieczęć i podpis Dyrektora Oddziału