

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 1 maja 2004 r.

w sprawie wzoru ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Na podstawie art. 92 ust. 7 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się wzór ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy

o udzielanie świadczeń zdrowotnych, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *L. Sikorski*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 93, poz. 833 oraz z 2003 r. Nr 199, poz. 1941).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 166, poz. 1609, Nr 190, poz. 1864, Nr 202, poz. 1956, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 5, poz. 37, Nr 19, poz. 177, Nr 64, poz. 593, Nr 93, poz. 892 i 896, Nr 96, poz. 959 i Nr 99, poz. 1001.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia
1 maja 2004 r. (poz. 1154)

WZÓR

**OGŁOSZENIE O WYNIKU ROZSTRZYGNIĘCIA POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ZAWARCIA UMOWY
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY

I.1) Oficjalna nazwa i adres zamawiającego

Nazwa	Nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów
Adres	Kod pocztowy
Miejscowość	Województwo
Telefon	Faks
Poczta elektroniczna	Adres internetowy (URL)

SEKCJA II: PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

II. 1) NAZWA NADANA PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO

II. 2) OPIS

SEKCJA III. ROZSTRZYGNIĘCIE POSTĘPOWANIA

III. 1) ŚWIADCZENIODAWCY WYBRANI DO ZAWARCIA UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
III. 1.1) Nazwa i adres wybranego(nych) świadczeniodawcy(ów)

Nazwa	
Adres	Kod pocztowy
Miejscowość	Województwo
Telefon	Faks
Poczta elektroniczna	Adres internetowy (URL)

III. 1.2) Wartość umowy

Cena:

Waluta:

.....

.....

III. 1.1) Nazwa i adres wybranego(nych) świadczeniodawcy(ów)

Nazwa	
Adres	Kod pocztowy
Miejscowość	Województwo
Telefon	Faks
Poczta elektroniczna	Adres internetowy (URL)

III. 1.2) Wartość umowy

Cena:

Waluta:

.....

.....

..... (wykorzystać sekcję III tyle razy, ile jest to konieczne)

SEKCJA IV: INNE INFORMACJE

IV. 1) LICZBA UCZESTNIKÓW POSTĘPOWANIA:

IV. 2) LICZBA ODRZUCONYCH OFERT:

IV. 3) DATA WYSŁANIA OGŁOSZENIA:/...../.....(dd/mm/rrrr)