

Dyrektor PODLASKIEGO Oddziału Wojewódzkiego NFZ w BIAŁYMSTOKU

**Informacja o ogłoszeniu postępowania w sprawie zawarcia umowy
o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**

Kod postępowania 10-23-000313/AOS/02/1/02.1100.001.02/01

Adresat:

Okręgowa Izba Lekarska
15-082 Białystok, ul. Świętojańska 7

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
15-097 Białystok, ul. M. Skłodowskiej-Curie 12/19

Krajowa Izba Fizjoterapeutów Region Podlaski
00-066 Warszawa, ul. Plac S. Małachowskiego 2

Na podstawie § 3 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1897) informuję, że w dniu Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ z siedzibą w Białymstoku ul. Pałacowa 3 adres poczty elektronicznej: kancelaria@nfz-bialystok.pl ogłosił postępowanie w sprawie zawarcia umowy w:

rodzaju: AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

zakresie: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII

na obszarze powiatów: 2012 SUWAŃSKI, 2063 SUWAŁKI

Wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 576 824,40 PLN na okres rozliczeniowy od 2023-07-17 do 2023-12-31.

W TYM: DLA ZAKRESU 02.1100.401.02 - NIE WIĘCEJ NIŻ 287747,16 PLN

W TYM: DLA ZAKRESU 02.1100.501.02 - NIE WIĘCEJ NIŻ 1330,08 PLN

Okres obowiązywania umowy od 2023-07-17 do 2023-12-31.

Ogłoszenie zostało zamieszczone na stronie internetowej PODLASKIEGO Oddziału Wojewódzkiego NFZ: www.nfz-bialystok.pl.

Maciej Bogdan Olesiński

Dyrektor

Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego

Narodowego Funduszu Zdrowia

(podpis Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ)

Potwierdzam zgodność kopii z dokumentem elektronicznym:

| | |
|-------------------------|---|
| Identyfikator dokumentu | 991167.1983447.2407456 |
| Nazwa dokumentu | [P] Zalacznik3B-313.rtf |
| Tytuł dokumentu | [P] Zalacznik3B-313 |
| Sygnatura dokumentu | NFZ10-ZKSiP.073.1.19.2023 |
| Data dokumentu | 2023-06-05 13:04:43 |
| Skrót dokumentu | B5C134D01E463CA83C362D5F43AF387F4CE352 4B |
| Wersja dokumentu | 1.1 |
| Data podpisu | 2023-06-05 |
| Podpisane przez | Maciej Bogdan Olesiński Dyrektor Oddziału |
| Rodzaj certyfikatu | Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego |
| | EZD 3.110.1.1. |
| Data wydruku: | 2023-06-05 13:34:37 |
| Autor wydruku: | LESZCZYŃSKA BEATA |