***Załącznik nr 3***

**OPIS WARUNKÓW**

**wykonywania świadczeń zdrowotnych**

1. Adres miejsca wykonywania świadczeń:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….tel/fax……………………………………………………………………………...

2. Personel: ( liczba osób, kwalifikacje zawodowe)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

3. Aparatura i urządzenia ( ilość, typ, rodzaj, rok produkcji):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Sposób rejestracji pacjenta i odbioru wyniku badań

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. Sposób pobrania oraz przechowywania mat. do badań do momentu odbioru

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

6. Maksymalny czas wykonania badania po zgłoszeniu przez Udzielającego zamówienia

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

7. Maksymalny okres przekazania wyników badań Udzielającego zamówienia

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

8. Sposób odbioru i dostarczania wyników badań

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………dnia……….. …..……..…………………………..

/podpis i pieczęć oferenta lub osoby upoważnionej /