

POSTĘPOWANIE I NAZWA: LECZENIE SZPITALNE - ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ) KOMPLEKSOWA OPIEKA ONKOLOGICZNA NAD PACJENTEM Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO	DATA: 21 maja 2021 r
---	---

INFORMACJA O ROZSTRZYGNĘCIU POSTĘPOWANIA O
OBJĘCIE ŚWIADCZEŃ KOMPLEKSOWYCH
W ZAKRESIE KOMPLEKSOWA OPIEKA ONKOLOGICZNA NAD PACJENTEM Z
NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO
UMOWĄ PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ
OPIEKI ZDROWOTNEJ

W wyniku postępowania dokonano pozytywnej oceny 3 wniosków

- a) Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie ul. Roentgena 5; 02-781 Warszawa..
- b) Mazowiecki Szpital Onkologiczny sp. z o.o. w Wieliszewie przy ul. Kościelnej 61 z siedzibą Al. Solidarności 12, 03-411 Warszawa
- c) Wojskowy Instytut Medyczny ul. Szaserów 128 01-141 Warszawa..

(należy podać nazwę i adres Wnioskującego)

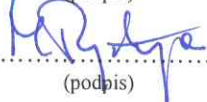
ZESPÓŁ W SKŁADZIE:

1. Beata Jobda przewodniczący Zespołu
(imię i nazwisko)

.....

 (podpis)

2. Małgorzata Prystupa wiceprzewodniczący Zespołu
(imię i nazwisko)

.....

 (podpis)

3. Katarzyna Czerwińska protokolant
(imię i nazwisko)

.....
 (podpis)

4. Alina Kreczmańska protokolant
(imię i nazwisko)

.....

 (podpis)

5. Katarzyna Jagiełło protokolant
(imię i nazwisko)

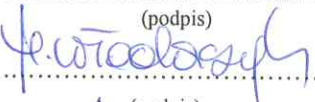
.....

 (podpis)

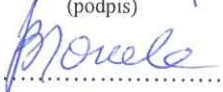
6. Elżbieta Sadowska członek
(imię i nazwisko)

.....
 (podpis)


7. Monika Włodarczyk członek
(imię i nazwisko)

.....

 (podpis)

8. Beata Jarzębska członek
(imię i nazwisko)

.....

 (podpis)

9. Agnieszka Białkowska członek

.....

 (podpis)

Zup. Dyrektora
 Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
 Narodowego Funduszu Zdrowia
 ZASTĘPCA DYREKTORA
 ds. Medycznych

Katarzyna Słodka

.....
 Pieczęć i podpis Dyrektora Oddziału