

**OPIS WARUNKÓW
wykonywania świadczeń zdrowotnych**

1. Adres miejsca wykonywania świadczeń/ oczekiwanie zespołu wyjazdowego:

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

2. Personel: lekarze, pielęgniarki (liczba osób, kwalifikacje)

.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

4. Sposób rejestracji pacjenta:

.....
.....
.....

5. Maksymalny okres wprowadzania danych rozliczeniowych do systemu AMMS (system informatyczny szpitala)

.....
.....
.....

.....dnia.....

.....
/podpis i pieczęć oferenta lub osoby
upoważnionej/