**S P R O S T O W A N I E O M Y Ł K I**

**Dotyczy: Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert Na Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych Nr 56/2018** - **Ogłoszenie z dnia 18.09.2018 r.**

Udzielający zamówienia: Szpitale Pomorskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Gdyni, przy ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia, informuje, iż dokonuje sprostowania omyłki zaistniałej:

I.W Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr 56/2018/W z dnia 18.09.2018r. w pkt. III.10 Udzielający zamówienie preferuje udzielenia zamówienia 3 lekarzom o miesięcznej dyspozycji czasowej do 300 h. Udzielający zamówienia udzieli zamówienia na łączną liczbę godzin lekarzom, którzy złożą oferty, do wyczerpania wymaganej do zakontraktowania puli 300 godzin, o ile cena danej oferty będzie się mieściła w kwocie, którą Udzielający zamówienia zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.

II. W opisie świadczeń do wyceny w Formularzu ofertowym – Załączniku nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych Nr 56/2018 dotyczących przedmiotu zamówienia: Świadczenia Zdrowotne - Zakres Czynności: lekarskie w lokalizacji w lokalizacji przy ul. dr A. Jagalskiego 10, 84-200 Wejherowo - Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy, tj. w punkcie lp. 9 jest:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie** | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale** **od min-do max****w ramach normalnej ordynacji****miesięcznie/albo jeśli oferta składana jest wyłącznie na dyżury – w ramach oferowanej miesięcznej liczby godzin dyspozycyjności** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 9. | III.9. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Laryngologicznej |  | Wynagrodzenie - % wartości świadczeń rozliczonych z NFZ |  |
| …………….% |  |

winno być:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie** | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale** **od min-do max****w ramach normalnej ordynacji****miesięcznie/albo jeśli oferta składana jest wyłącznie na dyżury – w ramach oferowanej miesięcznej liczby godzin dyspozycyjności** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 9. | III.9. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Laryngologicznej |  | Wynagrodzenie - % wartości świadczeń rozliczonych z NFZ |  |
| …………….% |  |
| Wynagrodzenie dla świadczeń udzielanych w poradni - % stawki określonej cennikiem Szpitala |  |
| …………………% |  |

Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych Nr 56/2018 po dokonaniu sprostowania omyłki stanowi Załącznik nr 1 do niniejszego Sprostowania.