# **Załącznik nr 4 do SWKO**

**dotyczy: konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej poprzez zdalne opisy badań tomografii komputerowej (TK), badań rentgenowskich (RTG) i badań rezonansem magnetycznym (RM) na rzecz pacjentów Powiatowego Centrum Zdrowia sp. z o.o. (nr sprawy AZP.4300.3.2024)**

# **Wykaz świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania i opisywania badań RTG, TK i RM świadczonych dla podmiotów leczniczych - szpitali w okresie minionych 3 lat w zakresie porównywalnym z tym jaki jest określony w niniejszym postępowaniu**

Nazwa Oferenta ...........................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Podmiot, na rzecz którego udzielane były świadczenia zdrowotne, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane** | **Zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych** | **Termin wykonywanych świadczeń zdrowotnych** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Do wykazu należy dołączyć dowody określające czy te świadczenia zdrowotne zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje wystawione przez podmiot, na rzecz którego świadczenia zdrowotne były wykonywane.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **…..............................................**  Data i podpis osoby upoważnionej |