



**Samodzielny Publiczny
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej
im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich**

**KARTA PRZYDZIAŁU MIEJSCA ŚWIADCZENIA USŁUG ZDROWOTNYCH
na podstawie umowy nr zawartej w dn.
o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu**

Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:

.....

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych*:

**Oddział I Odcinek / Oddział II
Izba Przyjęć
Poradnie Specjalistyczne
Zespół Sal Operacyjnych
Oddziały Rehabilitacji Kochcice**

* *niewłaściwe skreślić*

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż zgodnie z § 2 ust. 3 umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w toku umowy, w razie konieczności zapewnienia ciągłości świadczeń, Udzielający Zamówienia może zmienić określony uprzednio Oddział / Odcinek Oddziału Urazowo – Ortopedycznego na mocy porozumienia Stron wyrażonego w formie aneksu do umowy. Odmowa podpisania porozumienia przez Przyjmującego Zamówienie uprawnia Udzielającego Zamówienia oraz Przyjmującego Zamówienie do rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym. W takim wypadku Stronom nie będą należne jakiegokolwiek odszkodowania za skrócenie czasu obowiązywania umowy.

.....

podpis Udzielającego Zamówienia

Przyjmuję do wiadomości i akceptuję:

.....

podpis Przyjmującego Zamówienie