**Załącznik nr 1 do umowy**

**PROTOKÓŁ UZGODNIEŃ**

z dnia ……………………….. r. do umowy cywilno - prawnej nr ……………..… zawartej   
w dniu …………………………r. pomiędzy:

*Marianem Stempniakiem –* Dyrektorem,

*a …………………………….*

1. W okresie od …………………….. r. do ………………… r. ustala się następujące stawki za świadczenia zdrowotne udzielane w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie:
2. RYCZAŁT:
3. STAWKA GODZINOWA:
4. **STAWKA GODZINOWA ZA DYŻUR:**
5. **ŚWIADCZENIA W AOS:**
6. **STAWKA ZADANIOWA:**
7. Minimalna ilość godzin udzielonych w miesiącu/tygodniu świadczeń:
8. Wydruk z rejestratora elektronicznego potwierdzający czas świadczenia usług otrzymany z Działu Organizacji i Kadr: (TAK/NIE).
9. Zestawienie wykonanych: świadczeń w trybie ambulatoryjnym (TAK/NIE), świadczeń komercyjnych (TAK/NIE), świadczeń (TAK/NIE) – potwierdzone przez ordynatora/ lekarza kierującego oddziałem/ kierownika (TAK/NIE), Dział Kontraktowania i Rozliczeń (TAK/NIE).
10. Przyjmującemu zamówienie przysługuje w ciągu każdego, pełnego roku obowiązywania umowy ……... dni nieodpłatnej przerwy w pracy.

**Przyjmujący zamówienie Udzielający zamówienia**