

**OPIS WARUNKÓW/KONCEPCJA WYKONYWANIA ŚWIADCZENIA**

Adres miejsca wykonywania świadczeń:

.....

tel/fax

.....

Personel: diagności, personel techniczny (liczba osób, kwalifikacje)

.....

.....

.....

Aparatura i urządzenia (ilość, typ, rodzaj, rok produkcji):

.....

.....

.....

Stosowane metody analityczne:

.....

.....

.....

Sposób rejestracji pacjenta i wydawania wyniku badań (przygotowanie):

.....

.....

.....

Sposób prowadzenia kontroli wewnątrzlaboratoryjnej zapewniającej poprawność wykonywanych badań:

.....

.....

.....  
Udział w zewnątrzlaboratoryjnych Programach Kontroli Jakości:

.....  
.....  
Opis możliwości uzyskania przez Zamawiającego wstępnej informacji o wynikach badań:

.....  
.....  
Opis sposobu prowadzenia zapisów z badań laboratoryjnych, archiwizowania wyników badań, zabezpieczenia danych z wyników oraz dostępu do zarchiwizowanych wyników badań po zakończeniu współpracy.

.....  
.....  
Opis sposobu i harmonogram integracji systemu informatycznego posiadanego przez Świadczeniodawcę z systemem INFOMEDICA pracującym u Zamawiającego.

.....  
.....  
Stopień spełnienia standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w zakresie laboratorium.

..... dnia.....

/podpis i pieczęć Świadczeniodawcy lub osoby upoważnionej/