

**KOD POSTĘPOWANIA I NAZWA:**  
**11-11-000557/POZ/0110/6/M**  
**SM - Podstawowa opieka zdrowotna (transport sanitarny) -**  
**rok 2011**

**DATA: 31.01.2011**

**WNIOSEK DO DYREKTORA O ZATWIERDZENIE ROZSTRZYGNIĘCIA  
 POSTĘPOWANIA I ZAWARCIE UMÓW  
 za okres od dnia 03.01.2011 do dnia 10.01.2011**

**Zespół dokonał oceny wniosków złożonych w sprawie zawarcia umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.**

**1. W okresie od 03.01.2011 do 10.01.2011 został złożony 1 wniosek.**

**2. W trakcie postępowania dokonano pozytywnej oceny 1 wniosku.**

1. Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Gdańsku, , 80-104 Gdańsk, ul.Kartuska 4/6

**3. W trakcie postępowania dokonano negatywnej oceny wniosków następujących wnioskodawców:**

a) .....

b) .....

c) .....

(należy podać nazwę, adres oferenta i powód negatywnej oceny)

**ZESPÓŁ W SKŁADZIE:**

1. EWA LIGNOWSKA przewodniczący Zespołu.....

2. Piotr Jędraszek protokolant.....

3. Arkadiusz Król członek Zespołu.....

4. KATARZYNA FALKOWSKA członek Zespołu.....

5. Patryk Kulpaczyński członek Zespołu.....

.....  
 podpis Dyrektora Oddziału