

<b>KOD POSTĘPOWANIA I NAZWA:</b> 12-23-000560/PPZ/18/4/13 CZP_Wniosek_powiat_gliwicki	<b>DATA:</b> 27.02.2023 r.
	<b>DOTYCZY WNIOSKU NR:</b> 12-23-000560/PPZ/18/4/13/1/0418
<b>NAZWA I ADRES WNIOSKODAWCY:</b> SP ZOZ Szpital Psychiatryczny, 41-180 Toszek, ul. Gliwicka 5, 126/100212	

**INFORMACJA O ROZSTRZYGNIECIU POSTĘPOWANIA  
w sprawie zawarcia umów na realizację programu pilotażowego w zakresie  
ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W CENTRUM ZDROWIA  
PSYCHICZNEGO (CZP)**

W wyniku postępowania dokonano pozytywnej oceny 1 wniosku:

**a) SP ZOZ Szpital Psychiatryczny, 41-180 Toszek, ul. Gliwicka 5, 126/100212**

(należy podać nazwę i adres Wnioskującego)

**ZESPÓŁ W SKŁADZIE:**

1. Magdalena Lorek-Cios - przewodniczący Zespołu .....
2. Magdalena Pawlus - wiceprzewodniczący Zespołu .....
3. Ewa Welon - członek Zespołu .....
4. Katarzyna Szafirski – członek Zespołu .....
5. Henryk Hodalski – Protokolant .....
6. Piotr Pawszok - Protokolant .....
7. Maria Wójcik – członek zespołu .....

.....  
Pieczęć i podpis Dyrektora Oddziału