



**Prof. Dr hab. n. med. Bożenna Dembowska- Bagińska**  
**Z-ca Dyrektora ds. Klinicznych**  
**Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”**  
Al. Dzieci Polskich 20,  
04-730 Warszawa  
[www.czd.pl](http://www.czd.pl)

tel. +48 22 815 16 02  
fax +48 22 815 15 12  
e-mail: [dyr.kliniczny@ipczd.pl](mailto:dyr.kliniczny@ipczd.pl)

D/DKR/PK/AS/481/2023

Warszawa 05.05.2023r.

### INFORMACJA

#### O WYNIKACH POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” informuje, że w konkursie ofert pn.: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"- 15 osób - nr sprawy KO/CZD/57/23, wybrano oferty złożone przez:

Klasyfikacja	Świadczeniodawca
1.	<b>Diagnostyka Obrazowa Justyna Komarnicka</b> , ul. Puławska 34/39, 02-512 Warszawa
2.	<b>Praktyka Lekarska Małgorzata Gołuch</b> , ul. Ogrodowa 1a/47, 05-420 Józefów
2.	<b>Sławomir Migda Praktyka Lekarska</b> , ul. Zygmunta Krasińskiego 10/99, 01-615 Warszawa
2.	<b>Praktyka Lekarska Małgorzata Szorc</b> , ul. Powstańców 36d/29, 05-091 Żąbki
2.	<b>Marta Pietrzykowska Diagnostyka Obrazowa</b> , ul. Sprawna 32a/23, 03-147 Warszawa
2.	<b>Praktyka Lekarska Agnieszka Kolczyńska-Pędich</b> , ul. Pożaryskiego 71/31, 04-632 Warszawa
3.	<b>Praktyka Lekarska Andrzej Kościeszka</b> , ul. Stanisława Augusta 5/12, 03-847 Warszawa
3.	<b>Indywidualna Praktyka Lekarska Iwona Pakuła-Kościeszka</b> , ul. Stanisława Augusta 5/12, 03-847 Warszawa
4.	<b>Praktyka Lekarska Beata Marcińska</b> , ul. Piłsudzkiego 6/9, 05-077 Warszawa
5.	<b>Indywidualna Praktyka Lekarska Marta Szaniawska</b> , ul. Rzeźbiarska 44, 04-633 Warszawa

5.	<b>Prywatna Praktyka Lekarska Jan Bartuszek, ul. Podjazd 6, 04-924 Warszawa</b>
5.	<b>Michał Armata Prywatna Praktyka Lekarska, ul. Wolumen 6/78, 01-912 Warszawa</b>
5.	<b>Katarzyna Malczyk Diagnostyka Obrazowa, ul. Dzielnicowa 41a, 04-666 Warszawa</b>
5.	<b>Katarzyna Nowak Diagnostyka Obrazowa, ul. Ręczajska 18/20, 05-230 Kobyłka</b>

.....

(podpis Udzielającego Zamówienie lub osoby upoważnionej)