**ZAŁACZNIK NR 4**

**I. Oferowana kwota należności z ewentualną kalkulacją elementów:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Zakres oferowanej porady | 1.Wartość procentowa (%) za punkt rozliczeniowy  2.Wynagrodzenie za konsultację (cena brutto) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Poradnia Specjalistyczna | 1 | 2 |
| 2. Konsultacja w oddziale |  |  |

**2. Organizacja i proponowany czas udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradniach specjalistycznych**

**zgodnie z wymogami NFZ.**

1)Poradnia…………………………………………………………….., w Przychodni Rejonowo- Specjalistycznej Nr 1

w Myszkowie ul. Strażacka 45 w godzinach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poniedziałek | od godz. | do godz. |
| Wtorek | od godz. | do godz. |
| Środa | od godz. | do godz. |
| Czwartek | od godz. | do godz. |
| Piątek | od godz. | do godz. |
| Sobota | od godz. | do godz. |

2) Poradnia …………………………………/ w Przychodni Rejonowo- Specjalistycznej Nr 2 w Myszkowie

ul. Partyzantów 21 w godzinach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poniedziałek | od godz. | do godz. |
| Wtorek | od godz. | do godz. |
| Środa | od godz. | do godz. |
| Czwartek | od godz. | do godz. |
| Piątek | od godz. | do godz. |
| Sobota | od godz. | do godz. |

3) Poradnia …………………………………/ w Przychodni Rejonowo- Specjalistycznej Nr 3 w Myszkowie

ul. Wolności 29 w godzinach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poniedziałek | od godz. | do godz. |
| Wtorek | od godz. | do godz. |
| Środa | od godz. | do godz. |
| Czwartek | od godz. | do godz. |
| Piątek | od godz. | do godz. |
| Sobota | od godz. | do godz. |

4) Poradnia …………………………………/ w Przychodni Rejonowo- Specjalistycznej w Koziegłowach

ul. 3-Maja 25 w godzinach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poniedziałek | od godz. | do godz. |
| Wtorek | od godz. | do godz. |
| Środa | od godz. | do godz. |
| Czwartek | od godz. | do godz. |
| Piątek | od godz. | do godz. |
| Sobota | od godz. | do godz. |

……………………………………. ………………………………………………

Miejscowość, data podpis oferenta (pieczęć)