**ZAŁACZNIK NR 6**

**I. Proponowana kwota należności z ewentualną kalkulacją elementów**

**należności:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Zakres oferowanej porady | 1.Wartość procentowa (%) za punkt rozliczeniowy  2.Wynagrodzenie za konsultację (cena brutto)  3.Wartość za 1 godzinę pracy w Poradni POZ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.Zakres oferowanej porady | 1. | 2. | 3. |
| \*Przychodnia Rejonowa -POZ |  |  |  |
| \*Poradnia Specjalistyczna |  |  |  |

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

**POZ 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 3 w Myszkowie

ul. Aleja 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. |

\*niepotrzebne skreślić

……………………………………. …………………………………..

Miejscowość, data podpis oferenta (pieczęć/