**ZAŁACZNIK NR 3**

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

**należności:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Zakres oferowanej porady | 1.Wartość za 1 godzinę pracy w Poradni POZ |

|  |  |
| --- | --- |
| Przychodnia Rejonowa –POZ | 1. Oferowana kwota :   …………………………………….. zł/ godzinę |

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