

**Załącznik nr 1**

**do umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**

Udzielający zamówienie:Kleszczowska Przychodnia Salus Sp. z o.o. z siedzibą w Kleszczowie

Przyjmujący zamówienie: ……………………………..

**OKRES ROZLICZENIOWY: 01.01.2024-31.12.2024**

Plan rzeczowo – finansowy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Jednostka rozliczeniowa** | **Cena PLN/brutto** |
| 1 | porada lekarska diagnostyczna (w tym USG) |  |
| 2 | porada lekarska bez diagnostyki |  |
| 3 | porada lekarska recepturowa/teleporada |  |

Maksymalna wartość brutto umowy w okresie rozliczeniowym 01.01.2024-31.12.2026 ……………………. zł (słownie: ……………………….).

Średni wymiar czasu świadczenia usługi: co najmniej ………………….. raz w miesiącu

Udzielający zamówienie Przyjmujący zamówienie