**ZAŁACZNIK NR 4**

**PROPONOWANA CENA, MIEJSCE I HARMONOGRAM UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ**

**1. Zakres i cena**

|  |  |
| --- | --- |
| Zakres oferowanej porady  1.Poradnia ogólna  2.Poradnia dla dzieci | Wartość za 1 godzinę pracy  ……………………………………… zł  ………………………………………..zł |

**2. Organizacja i proponowany czas udzielania świadczeń zdrowotnych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dzień tygodnia | Godziny pracy | | Liczba godzin |
| 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. Harmonogram**

**Poradnia dla dzieci 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. |

**Poradnia Ogólna / 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 (pieczątka)