

ZAŁĄCZNIK
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna AOS

I. Proponowana kwota należności z ewentualną kalkulacją elementów należności:

Zakres świadczenia	Wartość brutto w złotych lub za punkt w poradni specjalistycznej
---------------------------	--

Przychodnia Rejonowa – Specjalistyczna nr .../Poradnie Przychodnia w	1. 2.
--	--------------------

2. Organizacja i proponowany czas udzielania świadczeń zdrowotnych w AOS zgodnie z wymogami NFZ.

4) Poradnia/ w Przychodni Rejonowo- Specjalistycznej nr
w

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/

