

Kraków, dnia ..... r.

**Harmonogram i kosztorys realizacji Programu: „Program profilaktyki i terapii dzieci z autyzmem.”**

**Miejsce realizacji Programu** (nazwa Przyjmującego zamówienie i dokładny adres gabinetu, w którym realizowany będzie Program):

.....

**Opis Programu:** Realizacja Programu polegać będzie na wykonaniu:

.....

**Czas realizacji Programu:**

od dnia zawarcia umowy do dnia **28 listopada 2018 roku**

**Telefoniczna rejestracja i informacja pacjentów:**

czynna od ..... do ..... Nr tel. 12 ..... w godz. od ..... do ..... Podczas rejestracji wyznaczony zostanie dzień i godzina przyjęcia pacjenta.

**Terminy udzielania świadczeń w ramach Programu:**

pacjenci będą przyjmowani od ..... do ..... (dni tygodnia)  
w godz. od ..... do .....

**Minimalna liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń objętych Programem:**

(wskazanie rodzaju i liczby personelu):

.....

**Wskazanie nr telefonu i adresu e-mail do osoby odpowiedzialnej za organizację Programu ze strony Przyjmującego zamówienie,**

( nazwisko, nr telefonu, e-mail):.....

**Cena za jednostkowe świadczenia realizowane w ramach Programu (zgodnie z przyjętym formularzem ofertowym):**

.....

**Wysokość środków** na 2016 r. na realizację Programu wyniesie nie więcej niż .....zł brutto.

**Wysokość środków** na 2017 r. na realizację Programu wyniesie nie więcej niż .....zł brutto.

**Wysokość środków** na 2018 r. na realizację Programu wyniesie nie więcej niż .....zł brutto.

(zgodnie z wynikami konkursu ofert).

.....  
(podpis i pieczętka osoby upoważnionej  
do reprezentacji Przyjmującego zamówienie)

Umowa o udzielenie zamówienia na realizację programu polityki zdrowotnej