

Kraków, dnia r.

Harmonogram i kosztorys realizacji Programu: „Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego: Program profilaktyki głębokich zaburzeń psychicznych (GZP).”

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 niżzł brutto

Wysokość środków na 2017 r. na realizację Programu wyniesie nie więcej niżzł brutto

Wysokość środków na 2018 r. na realizację Programu wyniesie nie więcej niżzł brutto
(zgodnie z wynikami konkursu ofert).

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

Umowa o udzielenie zamówienia na realizację programu polityki zdrowotnej