

Załącznik Nr 2 do Umowy na realizację miejskiego programu zdrowotnego z dnia ..... r.

*(Pieczęć nagławkowa Przyjmującego zamówienie)*

Kraków, dnia ..... r.

### Harmonogram realizacji Programu:

.....

**Miejsce realizacji Programu** (nazwa Przyjmującego zamówienie i dokładny adres gabinetu):

.....  
.....  
.....

**Czas realizacji Programu:**

od dnia zawarcia umowy, tj. od dnia ..... r. do dnia 1 grudnia 2011 r.

**Telefoniczna rejestracja i informacja pacjentów do celów Programu** (odrębna linia telefoniczna):

czynna od ..... do ..... Nr tel. 12 ..... w godz. od ..... do .....

**Terminy udzielania świadczeń w ramach Programu:** pacjenci będą przyjmowani od ..... do ..... w godz. od ..... do .....; w tym w sobotę w godz. od ..... do .....

**Lista rezerwowa osób oczekujących na udział w Programie będzie prowadzona przez**

(imię i nazwisko pracownika; forma prowadzenia listy):

.....

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

(wskazanie rodzaju i liczby personelu):

.....

**Wskazanie adresu emaliowego Przyjmującego zamówienie** (z którego przekazywane będą informacje o

ilości udzielonych świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu): .....

**Koszt jednostkowy rodzajowego świadczenia zdrowotnego w ramach Programu**

(zgodnie z formularzem ofertowym):

..... zł (słownie: ..... złotych).

**Wskazanie osoby odpowiedzialnej za organizację Programu** (imię i nazwisko, nr telefonu):

.....

*(data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentacji Przyjmującego zamówienie)*