

Udzielający zamówienie:Kleszczowska Przychodnia Salus Sp. z o.o. z siedzibą w Kleszczowie

Przyjmujący zamówienie: …………………………………………..

**ENDOKRYNOLOGIA**

**OKRES ROZLICZENIOWY: ………………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczenia****(jednostka rozliczeniowa)** | **Cena za każdą udzieloną procedurę /brutto/PLN** |
| 1 | porada bez diagnostyki |  |
| 2 | porada z diagnostyką |  |
| 3 | porada recepturowa/teleporada |  |
| 4 | USG endokrynologiczne tarczycy |  |
| 5 | konsultacja z lekarzem specjalistą (lekarz POZ – lekarz specjalista), opieka koordynowana POZ |  |
| 6 | konsultacja z lekarzem specjalistą (lekarz specjalista – pacjent), opieka koordynowana POZ |  |

Maksymalna wartość brutto umowy w okresie rozliczeniowym:

Średni wymiar czasu świadczenia usługi:

Udzielający zamówienie Przyjmujący zamówienie