

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

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

**GINEKOLOGIA I POŁOŻNOCTWO**

**OKRES ROZLICZENIOWY: ………………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczenia****(jednostka rozliczeniowa)** | **Cena za każdą udzieloną procedurę /brutto/PLN** |
| 1 | porada z diagnostyką, w tym USG |  |
| 2 | porada bez diagnostyki |  |
| 3 | porada recepturowa/teleporada |  |
| 4 | USG - piersi |  |

Maksymalna wartość brutto umowy w okresie rozliczeniowym:

Średni wymiar czasu świadczenia usługi:

Udzielający zamówienie Przyjmujący zamówienie