

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

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

**KARDIOLOGIA**

**OKRES ROZLICZENIOWY: ………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczenia/procedura****(jednostka rozliczeniowa)** | **Cena jednostkowa procedury /brutto/PLN** | **Oferowana średniomiesięczna liczba procedur** |
| 1 | Porada |  |  |
| 2 | Porada recepturowa/teleporada |  |  |
| 3 | Holter EKG |  |  |
| 4 | Holter ciśnieniowy  |  |  |
| 5 | EKG z opisem |  |  |
| 6 | Echo serca z wynikiem i oceną |  |  |
| 7 | Konsultacja z lekarzem specjalistą (lekarz POZ – lekarz specjalista), opieka koordynowana POZ |  |  |
| 8 | Konsultacja z lekarzem specjalistą (lekarz specjalista – pacjent), opieka koordynowana POZ |  |  |
| 9 | Echo serca z wynikiem i oceną POZ op koordynowana |  |  |

Maksymalna wartość brutto umowy w okresie rozliczeniowym:

Średni wymiar czasu świadczenia usługi:

Udzielający zamówienie Przyjmujący zamówienie