

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

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

**Ortopedia i traumatologia narządu ruchu**

**OKRES ROZLICZENIOWY: ………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczenia/procedura****(jednostka rozliczeniowa)** | **Cena jednostkowa procedury /brutto/PLN** | **Oferowana średniomiesięczna liczba procedur** |
| 1 | Porada bez diagnostyki |  |  |
| 2 | Porada z diagnostyką |  |  |
| 3 | USG ortopedyczne  |  |  |

Maksymalna wartość brutto umowy w okresie rozliczeniowym:

Średni wymiar czasu świadczenia usługi:

Udzielający zamówienie Przyjmujący zamówienie