

*Załączniki nr 1 do Umowy podwykonawstwa na udzielanie świadczeń
opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego
w Centrum Zdrowia Psychicznego*

Pieczęć firmowa Podwykonawcy

Miejscowość dnia

**HARMONOGRAM MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ
Poradnia Zdrowia Psychicznego***

Dzień tygodnia	Godziny pracy
PONIEDZIAŁEK	od godz. do godz.
WTOREK	od godz. do godz.
ŚRODA	od godz. do godz.
CZWARTEK	od godz. do godz.
PIĄTEK	od godz. do godz.
SOBOTA	od godz. do godz.

**HARMONOGRAM MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ
Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny***

Dzień tygodnia	Godziny pracy
PONIEDZIAŁEK	od godz. do godz.
WTOREK	od godz. do godz.
ŚRODA	od godz. do godz.
CZWARTEK	od godz. do godz.
PIĄTEK	od godz. do godz.
SOBOTA	od godz. do godz.

HARMONOGRAM MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego)*

Dzień tygodnia	Godziny pracy
PONIEDZIAŁEK	od godz. do godz.
WTOREK	od godz. do godz.
ŚRODA	od godz. do godz.
CZWARTEK	od godz. do godz.
PIĄTEK	od godz. do godz.
SOBOTA	od godz. do godz.

*wypełnić odpowiednią tabelę, zgodnie z zakresem wykonywanych świadczeń

.....
Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych
do reprezentowania Podwykonawcy