

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

*Miejscowość Andrychów 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. ....

### **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. ....

## 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. ....

*\*wypełnić odpowiednią tabelę, zgodnie z zakresem wykonywanych świadczeń*