Załącznik nr 5 do SWKO

………………………………

 Pieczęć firmowa Oferenta

**HARMONOGRAM I MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**Poradnia Zdrowia Psychicznego\***

**Adres:…………………………………………………………………….**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 I MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego)\***

**Adres:…………………………………………………………………….**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 I MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**Punkt Zgłoszeniowo- Koordynacyjny\* Adres:…………………………………………………………………….**

|  |  |
| --- | --- |
| **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.…………………………………… |
| Niedziela | od godz.……………………………… do godz.…………………………………… |

\**wypełnić odpowiednią tabelę, zgodnie z zakresem wykonywanych świadczeń na które jest złożona oferta.*

 ……………………………………….. …………………………………………

 Miejscowość, data Pieczęć i podpis Oferenta