# załącznik nr 1do umowy Nr zawartej w dniu ……………..

|  |
| --- |
| na udzielanie mieszkańcom Włocławka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych |

**Wysokość stawek za świadczenia zdrowotne**

**Nazwa podmiotu leczniczego: ……………………………………….………………………**

**Adres podmiotu leczniczego: …………………………………………….………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadanie | Liczba świadczeń i koszt jednostkowy | Wysokość środków na realizację zadania |
| **Zadanie nr 1** świadczenia psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care) dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym | 1 ………………….. – …… godz.  – …… zł / godz.  | …………… zł |
| **Zadanie nr 2** świadczenia pogłębionej terapii dla osób uzależnionych | 1) ……………  – …… godz. – …… zł / godz.   | ……………… zł |
| **Zadanie nr 3** świadczenia psychoterapii dla osób współuzależnionych | 1) ………………….  – …… godz. – …… zł / godz.   | …………….. zł |
|  | Razem: |  |