**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres – nazwa komórki organizacyjnej** | | **Rodzaj zlecenia** | **Liczba pacjentów** | **Cena udzielenia świadczenia dla jednego pacjenta (cena osobodnia)** | **Cena całości zadania** |
| **I** | **II** | | **III** | **IV** | **V** | **VI** |
| **1.** | | Oddział rehabilitacji kardiologicznej – miasto Wrocław lub/i ośrodek zamiejscowy | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacjikardiologicznej w warunkach stacjonarnych w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego na rzecz pacjentów Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej | 112 |  |  |
| **2.** | | Ośrodek lub oddział dziennej rehabilitacji kardiologicznej – miasto Wrocław | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku lub oddziale dziennym w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego na rzecz pacjentów Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej | 204 |  |  |