# załącznik nr 1 do 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: | | ………………. zł |