# 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:  | ………………. zł |