Załącznik Nr 2 do umowy nr DO.6111. …. .2023

MIESIĘCZNY WYKAZ Z WYKONANYCH PROCEDUR
DLA WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc ..... rok .....

L.p	NAZWA GRUPY	KOD GRUPY	ILOŚĆ WYKONANYCH PROCEDUR	WYNAGRODZENIE ZA JEDNĄ PROCEDURĘ	WARTOŚĆ WYNAGRODZENIA ZA WYKONANE PROCEDURY

RAZEM: ……

……
Potwierdzenie Przyjmującego Zamówienie

……
Potwierdzenie wykonanie świadczeń zdrowotnych
(podpis Zastępcy Dyrektora ds Medycznych WSzS w Białej Podlaskiej