

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH PUNKTÓW W MIESIĘCZNYM OKRESIE ROZLICZENIOWYM
W PORADNI**

przez

w miesiącu 202.....r.

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
Liczba punktów zrealizowanych w miesięcznym okresie rozliczeniowym zgodnie z § 9 ust. 5 Umowy		
Świadczenia pierwszorazowe		
Poradnia		
Liczba punktów zrealizowanych ponad limit przewidziany w § 9 ust. 5 Umowy		
Świadczenia pierwszorazowe		
Poradnia		
Diagnostyka onkologiczna		Liczba porad

.....
(podpis i pieczęć lekarza
udzielającego
świadczeń zdrowotnych)

.....
Potwierdzenie wykonania
świadczeń zdrowotnych przez Lekarza
Kierującego Oddziałem
(podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)

.....
Potwierdzenie wykonania
świadczeń zdrowotnych i zrealizowanych
punktów przez pracownika Działu Świadczeń
Medycznych
(podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)