

**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)