

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W MIESIĘCZNYM OKRESIE
ROZLICZENIOWYM
W PORADNI
przez**

w miesiącu 202.....r.

Liczba punktów zrealizowanych w miesięcznym okresie rozliczeniowym zgodnie z § 9 ust. 5 Umowy	
Poradnia	
Świadczenia pierwszorazowe	
Liczba punktów zrealizowanych ponad limit przewidziany w § 9 ust. 4 Umowy	
Poradnia	
Świadczenia pierwszorazowe	

.....
(podpis i pieczęć
Przyjmującego Zamówienie)

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