Załącznik Nr …
do umowy Nr DO. 6111. . 2023
z dnia ……r.

WYKAZ ŚWIADCZEŃ
Wykonanych w miesiącu ..... 20.... r.

Lp.	Rodzaj wykonanego świadczenia	Liczba punktów*	Data wykonanego świadczenia	***PESEL*** pacjenta, którego dotyczy świadczenie	Potwierdzenie wykonania świadczenia-pieczęć imienna i podpis Ordynatora	Cena jednostkowa
					Łącznie:	

……. .....
(podpis pracownika Działu Świadczeń Medycznych) *(podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie)*

*dotyczy wyłącznie Zadania nr 2

WZÓR