

**MIESIĘCZNY WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH**

miesiąc:..... 2020 rok

<i>Dzień</i>	<i>Miejsce udzielania świadczeń</i>	<i>Skrót sprawozdawczy</i>	<i>Ilość punktów</i>

Ogółem pkt w miesiącu: ..... X stawka za pkt ..... = Wartość dodatkowego  
wynagrodzenia .....

.....  
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....  
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych  
(podpis lekarza kierującego Oddz. Anestezjologii  
i Intensywnej Terapii WSzS w Białej  
lub pełniącego jego zastępstwo)