Załącznik nr 10
do umowy nr .../ZO/ŚZ-2/5030/17/2020

MIESIĘCZNY WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

miesiąc:..... 2019 rok

Dzień	***Miejsce udzielania świadczeń***	***Skrót sprawozdawczy***	***Ilość punktów***

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)