

MIESIĘCZNY WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

miesiąc:..... 202..... 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 Z-cy Dyrektora ds. Medycznych WSzS w Białej Podlaskiej
lub pełniącego jego zastępstwo)