***Załącznik do Umowy nr …./ŚZ/2024***

**EWIDENCJA – MIESIĘCZNY WYKAZ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ**

Nazwisko imię ……………………….……. oddział ….............miesiąc...................rok …..................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dane pacjenta udzielanemu porady | Rodzaj porady | Liczba pkt | Łączna liczba pkt za udzieloną poradę |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Razem ilość punktów: …………………………………………………

Wartość za udzielone świadczenia: …………………………………….

 *…………………………………*

 *(podpis Przyjmującego Zamówienie)*