***Załącznik nr 5 do umowy***

***z dnia ………r.***

ZAŁĄCZNIK DO FAKTURY NR ……………..

za zrealizowane świadczenia w miesiącu………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **NAZWISKO** | **IMIĘ** | **PESEL** | **KOD GRUPY ICD-10** | **PODANIE LEKU** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ŁĄCZNE ZESTAWIENIE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **JGP** | **ILOŚĆ PUNKTÓW WG JGP 10**  **na jedną procedurę** | **WARTOŚĆ (PLN) WG JGP 10**  **na jedną procedurę** | **STAWKA ZA PROCEDURĘ**  **WG UMOWY (PLN)** | **ILOŚĆ JGP** | **WARTOŚĆ OGÓŁEM PLN** |
| **Q 31** |  |  |  |  |  |
| **Q 32** |  |  |  |  |  |
| **Q 33** |  |  |  |  |  |
| **Q 48** |  |  |  |  |  |
| **Q 45** |  |  |  |  |  |
| **Q 46** |  |  |  |  |  |
| **Q 47** |  |  |  |  |  |
| **A 45** |  |  |  |  |  |
|  | | | **RAZEM** |  |  |

**…………………………………………….**

**Kierownik Działu Rozliczeń Świadczeń ……………………………**

**Przyjmujący Zamówienie**