

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W MIESIĘCZNYM OKRESIE  
ROZLICZENIOWYM  
W PORADNI .....  
przez .....**

w miesiącu ..... 202.....r.

Liczba punktów zrealizowanych w miesięcznym okresie rozliczeniowym zgodnie z § 9 ust. 6 Umowy	
<b>Poradnia</b>	
<b>Zakres skojarzony</b>	
<b>Świadczenia pierwszorazowe</b>	
Liczba punktów zrealizowanych ponad limit przewidziany w § 9 ust. 6 Umowy	
<b>Poradnia</b>	
<b>Zakres skojarzony</b>	
<b>Świadczenia pierwszorazowe</b>	
<b>Diagnostyka onkologiczna</b>	Liczba porad
<b>Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG<sup>1</sup></b>	Liczba biopsji

.....  
(podpis i pieczęć  
Przyjmującego Zamówienie)

.....  
Potwierdzenie wykonania  
zrealizowanych punktów przez pracownika  
Działu Świadczeń Medycznych  
(podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)

<sup>1</sup> Dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Onkologicznej