

Załącznik Nr 2 do umowy

.....
(pieczęć komórki organizacyjnej)

.....
(pieczęć podmiotu udzielającego świadczeń)

Wykaz świadczeń

realizowanych za miesiąc.....

Wykonane procedury medyczne w poradni

Lp.	Ogółem procedury/punkty		Potwierdzenie opłacenia przez NFZ
	Miesięczny limit umowy	Wykonane w poradni	
1			

.....
(podpis podmiotu udzielającego świadczeń)

.....
(podpis Osoby wskazanej przez Udzielającego Zamówienie)