Warszawa, dnia ………………

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z PROGRAMU USŁUG KONTRAKTOWYCH**

**ośrodek kosztów………………….**

**miesiąc ...................................... rok ...........................................**

**...................................................................................................................................................**

(imię i nazwisko lekarza)

**PRZYZNANY TRZYMIESIĘCZNY LIMIT KWOTOWY w wysokości: ……………………... zł**

**na okres od ………………… do ………………..  
WYKONANIE w ramach limitu:**

1) w I miesiącu od dnia…………………….. do dnia …………………. w kwocie …………………..zł;

w II miesiącu od dnia……………………. do dnia …………………. w kwocie ……………….….zł;

w III miesiącu od dnia…………………… do dnia …………………. w kwocie …………………..zł;

2) narastająco na koniec miesiąca rozliczeniowego ………………………. zł.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **KODY PROCEDUR MEDYCZNYCH** | **LICZBA WYKONANYCH PUNKTÓW ROZLICZENIOWYCH** | **CENA ZA PUNKT ROZLICZENIOWY** | **WARTOŚĆ WYKONANYCH PUNKTÓW ROZLICZENIOWYCH (3 x 4)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1** | nr ………………  nr ………………  nr ……………… | …………………  …………………  ………………….. | ……………………………………………………… | ……………………………………………………………… |
| **2** | nr ………………  nr ………………  nr ……………… | …………………  …………………  ………………….. | ……………………………………………………… | ……………………………………………………………… |
| **….** |  |  |  |  |
| **….** |  |  |  |  |
| **…..** |  |  |  |  |
| **…..** |  |  |  |  |
| **…..** |  |  |  |  |
| **…..** |  |  |  |  |
| **…..** |  |  |  |  |
| **31** |  |  |  |  |
| **ŁĄCZNIE** |  |  |  |  |

..................................... ….........................................

data, pieczęć i podpis lekarza data, pieczęć i podpis Kierownika lub osoby   
 wskazanej przez Udzielającego zamówienie