Miejscowość, data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Załącznik nr 2 do umowy |  |  |
|  |  |  |  |
| Załącznik do faktury za miesiąc ................................................. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Lekarz** | **Ilość wizyt** | **Ilość pkt za porady za: miesiąc, rok** | **Cena za punkt NFZ** | **Wartość w złotówkach SZPITAL** | **Cena za pkt dla LEKARZA** | **Wartość w złotówkach dla LEKARZA** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |