**Załącznik do umowy nr 3**

**(Wzór)**

**RAPORT MIESIĘCZNY –**

**Udzielania usług świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej – KOS-Zawał**

(stanowiący załącznik do faktury)

**Umowa Nr:** ……………………………….………………………………………..

**Załącznik do faktury nr** ……………. **z dnia** ……………………………..

**Za miesiąc:** …………………………………..……. **Rok:** …………………..…

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię (Pacjenta)** | **Nazwisko (Pacjenta)** | **Lekarz Kierujący  (Imię i Nazwisko)** | **Data wystawienia  skierowania** | **Nazwa Usługi Świadczenia Zdrowotnego** | **Data  rozpoczęcia rehabilitacji** | **Data zakończenia rehabilitacji** | **Liczba Osobodni** | **Cena jednostkowa (wg stawki ustalonej w ramach konkursu)** | **Współczynnik Korygujący** | **Wartość netto** |
| ***a*** | ***b*** | ***c*** | ***d*** | ***e*** | ***f*** | ***g*** | ***h*** | ***i*** | ***j*** | ***k*** | ***l = i\*j\*k*** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

……………………………..…., dnia ………………….. ………………………………………..…………

(Miejscowość, data) (Podpis osoby uprawnionej)