***Załącznik nr 5 do umowy***

***z dnia ……… r.***

 WZÓR WYKAZU – ZINTEGROWANY BLOK OPERACYJNY – ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU NEURORADIOLOGII INTERWENCYJNEJ ZAŁĄCZNIK DO FAKTURY NR ……………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **NAZWISKO** | **IMIĘ** | **PESEL** | **KOD GRUPY ICD-10** | **PODANIE LEKU** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ŁĄCZNE ZESTAWIENIE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **JGP** | **ILOŚĆ PUNKTÓW WG JGP 10****na jedną procedurę** | **WARTOŚĆ (PLN) WG JGP 10****na jedną procedurę** | **STAWKA ZA PROCEDURĘ****WG UMOWY (PLN)** | **ILOŚĆ JGP** | **WARTOŚĆ OGÓŁEM PLN** |
| **Q31** |  |  |  |  |  |
| **Q32** |  |  |  |  |  |
| **Q33** |  |  |  |  |  |
| **Q48** |  |  |  |  |  |
| **A45** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

**……………………………………………. ……………………………**