

*Załączniki nr 6 do Umowy podwykonawstwa na udzielanie świadczeń  
opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego  
w Centrum Zdrowia Psychicznego*

*Pieczczę firmowa Podwykonawcy*

*Miejscowość ..... dnia .....*

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ZREALIZOWANYCH PRZEZ PODWYKONAWCĘ**

**w okresie od..... do.....**

<b>Pozycja</b>	<b>Kod zakresu</b>	<b>Zakres świadczeń</b>	<b>Jednostka rozliczeniowa</b>	<b>Liczba jednostek rozliczeniowych</b>	<b>Cena jednostki rozliczeniowej (zł)</b>	<b>Wartość (zł)</b>
1						
2						
3						

.....  
Podpis i pieczęć osoby/osób  
uprawnionej/uprawnionych  
do reprezentowania Podwykonawcy