Załącznik nr 1 do Umowy z dnia …………….

**Rozliczenie zbiorcze
wykonanych świadczeń gwarantowanych usług z zakresu
rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Korytnica
za miesiąc** ………………………………………... **2023 r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Adres** | **Łączna liczba zabiegów w miesiącu** | **Cena za punkt** | **Łączna liczba punktów** | **Wartość punktowa zabiegów(cena za punkt x łączna liczba punktów)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |

**Lista mieszkańców Gminy Korytnica korzystających ze świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej:**

Data: ………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………

/Pieczęć i podpis Świadczeniodawcy/