Załącznik nr 1.

 Specyfikacja odpłatności dla pozycji refundowanych Faktura VAT nr …………….……. z dnia ……………….…………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa towaru **/**Nazwisko i imię pacjenta | J.m. | Ilość | Cenadetaliczna | Limit | Odpłatność | **Zapłata****całkowita** 9 + 10 | Zapłatapowyżejlimitu | **Zapłata do****wysokości****limitu** | RefundacjaOW NFZ |
| 1 |  2 |  3 |  4 |  5 |  6 |  7 |  8 |  9 |  10 |  11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| R A Z E M |  |  |  |  |