Załącznik nr 1.

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

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