Załącznik nr 7.

Zestawienie odpłatności za zakupy dla : .....

(Nazwisko i imię)

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

L.p.	Data sprzedaży	Nr faktury/ paragonu	Nazwa leku	Ilość	Zapłata do limitu	**Zapłata powyżej limitu lub zapłata za leki pełnopłatne- - 100 %**	Zapłata całkowita