Załącznik nr 6.

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				