Pieczęć :………………………….. Załącznik nr 3 do Umowy nr …/2025

WZÓR

SPECYFIKACJA ODPŁATNOŚCI DO FAKTURY NR ……………………………………………………. Z DNIA ………………………..………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko mieszkańca DPS „MORS” w Stegnie | Nazwa wyrobu medycznego | Liczba szt./opak. | Cena jedn.zł brutto za 1 szt. | Refundacja NFZ | **Odpłatność DPS „MORS”** | Odpłatność mieszkańca |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
|  **SUMA** |  |  |  |

Potwierdzam zgodność z zamówieniem nr ……… …………………………………………………

……………………………………………………………….. (podpis osoby wystawiającej)

 ( podpis pracownika DPS)