

Wykaz wykonanych laparoskopowych zabiegów urologicznych (JGP)(*)

Lp.	Imię i nazwisko pacjenta	PESEL pacjenta	Nazwa zabiegu zgodnie z Międzynarodową klasyfikacją Procedur Medycznych ICD9	Grupa JGP(symbol i nazwa)(*)	Data wykonania zabiegu	Kwota brutto
1.						
2.						
3.						
4.						
Łączenie:						

.....
(pieczęć imienna i podpis lekarza realizującego umowę)

.....
 Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych przez Lekarza Kierującego Oddziałem
 (podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)

.....
 Potwierdzenie rozliczenia z NFZ przez pracownika Działu Świadczeń Medycznych
 (podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)

Zamość, dniar.

*