

WYKAZ ŚWIADCZEŃ
Wykonanych w miesiącu 2024 r. w Oddziale Neurochirurgii

Lp.	Imię i nazwisko pacjenta	Data wykonanego świadczenia	<i>PESEL</i> pacjenta, którego dotyczy świadczenie	Nazwa procedury zgodnie z Międzynarodową klasyfikacją Procedur Medycznych ICD9	Grupa JGP(symbol i nazwa)	Cena jednostkowa brutto
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
				Łącznie:		

.....
(podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie)

.....
(podpis i pieczęć Lekarza Kierującego Oddziałem)

.....
(potwierdzenie wykonania świadczeń przez Dział Świadczeń Medycznych)