

**Wykaz zrealizowanych świadczeń**

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

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

.....  
*( podpis Ordynatora Oddziału/Lekarza Kierującego Oddziałem)*

Zamość, dnia ..... 2022 r.

\*