

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)

Zamość, dnia 2021r.

*