

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ**  
**Wykonanych w miesiącu ..... 2026 r. w Oddziale Neurochirurgii**

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

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

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

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