Załącznik NR 1
do umowy Nr DO. 6111.. .2026
z dnia ……2026 r.
Nr faktury KSeF…….

Zestawienie
świadczeń zdrowotnych udzielonych w Oddziale Okulistycznym
za m-c ..... 20…. r.

Lp.	Opis świadczenia	PESEL pacjenta, którego dotyczy świadczenie	Data wykonania świadczenia	Koszt brutto (PLN)
			Razem:	

…….. ……

(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)

WZÓR