

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)