

Wykaz wykonanych laparoskopowych zabiegów urologicznych (JGP)(*)

Lp.	Imię i nazwisko pacjenta	PESEL pacjenta	Nazwa zabiegu zgodnie z Międzynarodową klasyfikacją Procedur Medycznych ICD9	Grupa JGP(symbol i nazwa)(*)	Data i godzina wykonania zabiegu		Kwota brutto
					Od	Do	
1.							
2.							
3.							
4.							
Łącznie:							

.....
(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)

Zamość, dniar.

*