

ZESTAWIENIE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ - WZÓR¹

Wykaz godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakładzie Radioterapii/Konsultacyjnej Poradni Internistycznej

Nazwa procedury /Rodzaj badania (konsultacja, porada internistyczna)	Data wykonania	Liczba godzin	Od godziny.... do godziny....	Kwota za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych	Jednostka kierująca

Zatwierdzam zestawienie

.....
(data i podpis Kierownika Kliniki Radioterapii)

.....
data i podpis Przyjmującego Zamówienie

¹ Dopuszcza się składanie zestawienia w wersji zmodyfikowanej (np. wydruk z systemu komputerowego lub pliku excel), która obejmuje wszystkie wymagane dane.

Dział Prawny
mgr Agnieszka Gała
specjalista

Dział Prawny
mgr Katarzyna Wójcik
radca prawny KJ-1677