Załącznik Nr 4 do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/503.67/2026

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ODDZIALE OTOLARYNGOLOGICZNYM WSzS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc ..... rok .....

Dzień	Inicjały pacjenta	7 pierwszych cyfr PESEL-u	PROCEDURA		
			Grupa JPG	kod procedury zgodnie z JGP	Liczba punktów za procedurę

Potwierdzam wykonanie świadczeń zdrowotnych

.....
Podpis osoby udzielającej świadczenia

.....
pieczęć i podpis Lek. Kierującego Oddz. Otolaryngologicznym
lub pełniącego jego zastępstwo

Potwierdzam wprowadzenie świadczeń zdrowotnych do systemu informatycznego .....

data czytelny podpis lub pieczęć i podpis
pracownika Działu Świadczeń Medycznych i Projektów