**Załącznik nr 3 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia gwarantowane/leczenie szpitalne/** **ortopedia i traumatologia narządu ruchu /świadczenia planowe**

Załącznik do faktury - wzór

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieczęć Świadczeniodawcy

Załącznik do faktury \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/umowa sygn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dotyczy okresu rozliczenowego/miesiąc/rok\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Oddział \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **PACJENT** | **Rodzaj wykonanego świadczenia/ICD** | **Termin hospitalizacji OD/DO** | **Ilość punktów** | **Cena** | **uwagi** |
| **NAZWISKO** | **IMIĘ** | **PESEL** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**SUMA:**