

**Załącznik nr 3 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia gwarantowane/leczenie szpitalne/ rehabilitacja lecznicza w systemie stacjonarnym**

Załącznik do faktury - wzór

\_\_\_\_\_  
Pieczęć Świadczeniodawcy

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

Dotyczy okresu  
rozliczeniowego/miesiąc/rok \_\_\_\_\_

l.p.	Oddział	PACJENT			Rodzaj wykonanego świadczenia/ICD	Termin hospitalizacji OD/DO	Ilość osobodni	Ilość punktów	Cena	uwagi
		NAZWISKO	IMIĘ	PESEL						
1										
2										
3										
4										
5										
6										

**SUMA:**