

Miesięczne sprawozdanie zrealizowanych hospitalizacji pacjentów w ramach Koordynowanej Opieki Chorób Metabolicznych u Dzieci

Miesiąc:

Rok:

Lp	Inicjały pacjenta	PESEL - pierwsze 7 cyfr	Okres hospitalizacji (od dnia - do dnia)	Grupa JGP (P47 / P52)	Wartość wynagrodzenia (zł brutto)

.....

Podpis Przyjmującego Zamówienie

Potwierdzam wprowadzenie świadczeń zdrowotnych do systemu informatycznego

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

Potwierdzam wykonanie świadczenia

.....
pieczęć i podpis Lekarza kierującego Oddziałem
Dziecięcym (lub pełniącego jego zastępstwo)

Potwierdzam wykonanie świadczenia

.....
pieczęć i podpis Z-cy Dyr. ds. Medycznych (lub
pełniącego jego zastępstwo)