załącznik nr 3 do Instrukcji

Zbiorcze zestawienie uzasadnionych kosztów udzielania niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej w trybie art. 19 ustawy

Rodzaj świadczeń i zakres:	*Rozliczenie za okres:*

Nazwa Świadczeniodawcy:
adres:

Lp	*Imię i nazwisko świadczeniobiorcy*	*PESEL świadczeniobiorcy*	*Data przyjęcia*	*Data wypisu*	*Kod rozpoznania zasadniczego ICD-10*	*Kod świadczenia (JGP/świadczenie z katalogu)*	*Nazwa świadczenia (JGP/świadczenia z katalogu)*	*koszt świadczenia w zł*
							Suma	**0,00 zł**

……

podpis i pieczęć osoby reprezentującej świadczeniodawcę