

.....
Pieczęć zakładu

.....
miejsowość i data

KALKULACJA KOSZTÓW RZECZYWISTYCH *

złożona do celów udokumentowania łącznej wartości (w zł.) świadczeń zdrowotnych udzielonych na rzecz uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji w ramach tzw. produktów ryczałtowych

Dotyczy indywidualnych kosztów leczenia.

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

1. Imię i Nazwisko.....
2. Data urodzenia.....
3. Nr identyfikacyjny uprawnionego
4. Kraj
5. Rodzaj dokumentu.....
6. Data udzielenia świadczenia
7. Kod/Nazwa produktu kontraktowanego

KOD ICD 10

Nazwa	Koszt	Opis świadczenia
porada		
konsultacja		
diagnostyka laboratoryjna		
diagnostyka obrazowa		
farmakoterapia		
inne uzasadnione świadczenia medyczne		
Suma (wartość świadczenia)		

*Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności, że dane zawarte w niniejszym dokumencie są zgodne z prawdą i wynikają z rzeczywistej kalkulacji poniesionych kosztów.

.....
Podpis
osoby upoważnionej do reprezentowania świadczeniodawcy