Sprawozdanie z wykonanych świadczeń zdrowotych na rzecz ubezpieczonych w Łódzkim oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia

za miesiąc ....

Nr. Prawa wykonywania zawodu osoby realizującej .....

Lp	Oddział NFZ	Nazwisko i imię	Adres zamieszkania	PESEL	Kod ICD 10	Procedury med. ICD 9	Tryb przyjęcia skierowanie, bez skierowania	Data wykonania świadczenia	Data zlecenia	Nazwa podmiotu zlecającego badanie	Numer pr. wykonywania zawodu zlecającego	Typ porady/ kod produktu jednost. w zabiegach	Ilość punktów