

Załącznik do faktury nr

Imię i nazwisko konsultanta:

| L. p. | Data | Imię i nazwisko pacjenta | Oddział / Odcinek | Cel wezwania: konsultacja / zabieg operacyjny | Ilość godzin udzielania świadczeń medycznych* | Potwierdzenie przez osobę upoważnioną |
|-------|------|--------------------------|----------------------|---|--|--|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

* wypisać tylko w przypadku godzinowego rozliczania świadczeń objętych umową

WAŻNE INFORMACJE:

1. Prosimy **nie dołączać** do faktury wyniku / opisu przeprowadzonej konsultacji.
2. Fakturę wraz z niniejszym załącznikiem należy przekazać Udzielającemu Zamówienia w jeden z poniższych sposobów:
 - osobiste dostarczenie do Sekretariatu Szpitala;
 - przesłanie na adres e-mail: sekretariat@urazowka.piekary.pl – załącznik do faktury należy **zaszyfrować**, a hasło przekazać telefonicznie na numer Sekretariatu: 32 393 42 17;
 - wysłanie ustrukturyzowanej faktury elektronicznej za pośrednictwem platformy elektronicznego fakturowania, obowiązuje następujący adres do doręczeń: <https://brokerpexpert.efaktura.gov.pl>.
3. Poza danymi pacjenta uwzględnionymi w powyższej tabeli zakazuje się wpisywania lub zamieszczania jakichkolwiek innych danych pacjenta.