

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.