*Załącznik nr 3 do umowy*

*z dnia ……………..2023 r*

**Zestawienie EPS i ablacji wykonanych w Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu przez firmę ……………………………..**

**Zabiegi wykonane w miesiącu………………………**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię  pacjenta | Pesel | Data udzielenia świadczenia | ICD-9 JGP | Kwota do zapłaty. |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
|  |  | **Razem** | | |  |

**……………………………………………**

*Podpis Przyjmującego Zamówienie.*