

WZÓR ROZLICZENIA UDZIAŁU W KOMINKACH RADIOLOGICZNO-KLINICZNYCH, KONSULTACJI,
UDZIAŁU W SZKOLENIACH
USŁUGI MEDYCZNE ZA OKRES

			ILOŚĆ GODZ. RAZEM	CENA	WARTOŚĆ
UDZIAŁ W KOMINKACH RADIOLOGICZNYCH DLA ODDZIAŁÓW SZPITALNYCH ORAZ CZAS KONSULTACJI KLINICZNYCH Z LEKARZAMI ODDZIAŁÓW:					
NAZWA ODDZIAŁU	DATA	OD (godz... min...) - DO (godz... min...)	RAZEM	PODPIS LEKARZA KIERUJĄCEGO ODDZIAŁEM	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
RAZEM ILOŚĆ GODZIN					
OBOWIAZKOWE SZKOLENIA I ĆWICZENIA (PPOŻ,ANTYTERRORYSTYCZNYCH,HIGIENY RĄK, CYBERBEZPIECZEŃSTWA,ITP.)			ILOŚĆ GODZ. RAZEM	CENA	WARTOŚĆ
NAZWA SZKOLENIA	DATA	OD (godz... min...) - DO (godz... min...)	RAZEM	PODPIS ORGANIZATORA SZKOLENIA	
1.					
2.					
3.					
RAZEM ILOŚĆ GODZIN					

ZESTAWIENIE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ ZA OKRES

TOMOGRAF KOMPUTEROWY :

	ILOŚĆ	CENA	WARTOŚĆ
1 okolica bez kontrastu			
1 okolica z kontrastem			
2 okolice bez kontrastu			
2 okolice z kontrastem			
3 okolice bez kontrastu			
3 okolice z kontrastem			
4 okolice bez kontrastu			
4 okolice z kontrastem			
Angiografia/venografia			
RAZEM			

REZONANS KOMPUTEROWY:

	ILOŚĆ	CENA	WARTOŚĆ
1 okolica bez kontrastu			
1 okolica z kontrastem			
2 okolice bez kontrastu			
2 okolice z kontrastem			
3 okolice bez kontrastu			
3 okolice z kontrastem			
Angiografia/cholangiografia			
RAZEM			

RTG

	ILOŚĆ	CENA	WARTOŚĆ
1 projekcja			
2 projekcje			
3 projekcje			
4 projekcje			
RTG posturalne			
UROGRAFIA dożylna			
RAZEM			

USG

	ILOŚĆ	CENA	WARTOŚĆ
USG inne niż doppler			
USG doppler			
RAZEM			

.....
 PODPIS I PIECZĄTKA KIEROWNIKA ZDO