

.....
(pieczęć świadczeniodawcy).....
(miejscowość i data)

**ZLECENIE ŚWIADCZENIA PROTETYCZNEGO*/
ŚWIADCZENIA ORTODONTYCZNEGO*
NR/.....**

Nr umowy z NFZ

Pełna nazwa i adres świadczeniodawcy

oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)

Nazwa podwykonawcy

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

PESEL świadczeniobiorcy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Opis udzielonego świadczenia:

Kod świadczenia..... Wartość punktowa.....

Stan jamy ustnej i projekt pracy

projekt																	projekt
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65							
stan																	stan
stan																	stan
	48	47	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36	37	38	
	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35							
projekt																	projekt

.....
(pieczęć i podpis lekarza).....
(data wykonania, czytelny podpis podwykonawcy)

Potwierdzam odbiór wykonanego świadczenia

.....
(data odbioru, podpis świadczeniobiorcy).....
(data odbioru, pieczęć i podpis lekarza)