

Oddział Wojewódzki NFZ

**SPRAWOZDANIE PODMIOTU DOTYCZĄCE REALIZACJI
PROGRAMU „Świadczenia medyczne Narodowego Funduszu
Zdrowia dla osób niepełnosprawnych”**

Okres rozliczeniowy	Data złożenia sprawozdania

I. DANE IDENTYFIKACYJNE ŚWIADCZENIODAWCY

Nazwa			
Adres siedziby		Telefon kontaktowy	
Kod terytorialny		nazwa kodu teryt.	
REGON		NIP	
Umowa nr			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania			

Liczba osób	ICD-10	Rodzaj świadczenia (kod produktu rozliczeniowego)	Liczba świadczeń/osobodni	Wartość zrealizowanych świadczeń

liczba osób	ICD-9	nazwa procedury	liczba zrealizowanych procedur

Oddział Wojewódzki NFZ

**SPRAWOZDANIE PODMIOTU DOTYCZĄCE REALIZACJI PROGRAMU
„Świadczenia medyczne Narodowego Funduszu Zdrowia dla osób
niepełnosprawnych”**

Okres rozliczeniowy	Data złożenia sprawozdania

I. DANE IDENTYFIKACYJNE ŚWIADCZENIODAWCY

Nazwa			
Adres siedziby		Telefon kontaktowy	
Kod terytorialny		nazwa kodu teryt.	
REGON		NIP	
Umowa nr			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania			

Liczba osób	Ilość zgód Dyrektora OW	Rodzaj świadczenia (kod produktu rozliczeniowego)	Liczba świadczeń/osobodni	Wartość zrealizowanych świadczeń
-------------	----------------------------	---	---------------------------	--

liczba osób	ICD-9	nazwa procedury	liczba zrealizowanych procedur
-------------	-------	-----------------	-----------------------------------