

.....  
Pieczęć zakładu

.....  
miejscowość i data

## KALKULACJA KOSZTÓW RZECZYWISTYCH\*

złożona do celów udokumentowania łącznej wartości (w zł.) świadczeń zdrowotnych udzielonych na rzecz uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji w ramach tzw. produktów ryczałtowych

**Dotyczy indywidualnych kosztów leczenia.**

### DANE UPRAWNIONEGO:

1. Imię i Nazwisko.....
2. Data urodzenia.....
3. Nr identyfikacyjny uprawnionego .....
4. Kraj .....
5. Rodzaj dokumentu.....
6. Data udzielenia świadczenia .....
7. Kod/Nazwa produktu kontraktowanego .....

**KOD ICD 10** .....

Nazwa	Koszt	Opis świadczenia
porada		
konsultacja		
diagnostyka laboratoryjna		
diagnostyka obrazowa		
farmakoterapia		
inne uzasadnione świadczenia medyczne		
<b>Suma ( wartość świadczenia)</b>		

\*Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności, że dane zawarte w niniejszym dokumencie są zgodne z prawdą i wynikają z rzeczywistej kalkulacji poniesionych kosztów.

.....  
Podpis  
osoby upoważnionej do reprezentowania świadczeniodawcy