

ORYGINAŁ / KOPIA (niepotrzebne skreślić)

--

Identyfikator umowy
Świadczeniodawcy z Kasą Chorych*

--

Numer kolejny skierowania

Pieczęć nagłówkowa
Świadczeniodawcy kierującego*.....
Miejscowość * i data***ZLECENIE WYKONANIA BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**.....
.....
Zakład realizujący (nazwa i adres)**Pacjent:**.....
Nazwisko*.....
Imię*.....
Adres*- miejscowość, ulica, numer domu/numer lokalu

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

PESEL*

.....
numer ubezpieczenia*
(jeżeli został nadany).....
Nr Kasy Chorych***Wykaz zleconych badań słownie* wraz z kodem wg ICD-9**

1.
2.
3.
4.
5.

Zlecający zobowiązuje się do opłacenia zleconych badań w terminie 14 dni od daty otrzymania rachunku od realizującego, któremu zlecono wykonanie tych badań, o ile w zawartej pomiędzy stronami odrębnej umowie nie ustalono innego terminu.

Do użytku wewnętrznego „Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o.o.

Pieczęć imienna* i podpis lekarza***UWAGA! Skierowanie nieczytelne oraz bez oznaczonych gwiazdką danych (jeżeli są możliwe do uzyskania) nie jest ważne**