

WZÓR

A. SPECYFIKACJA KOSZTOWA WNIOSKU:

1. Numer wniosku

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

B. TERMIN REALIZACJI ŚWIADCZENIA:

2. Zakres świadczenia

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

3. Wartość świadczenia z katalogu 1w/1ws

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

4. Data od (RRRR-MM-DD)

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

5. Data do (RRRR-MM-DD)

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

6. Osobodni:

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

C. TERMIN REALIZACJI HOSPITALIZACJI DO ŚWIADCZENIA:

7. Kod świadczenia (hospitalizacji do świadczenia)

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

8. Wartość świadczenia z katalogu 1w/1ws

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

9. Data od (RRRR-MM-DD)

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

10. Data do (RRRR-MM-DD)

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

11. Osobodni:

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

D. KOSZTY MEDYCZNE ŚWIADCZENIA (dotyczy świadczeń, których koszt przekracza wartość rozliczenia standardowego lub świadczenia, które nie zostało ujęte w katalogu 1w/1ws:

D1. badania laboratoryjne				
lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
1				
2				
...				
12. Suma:				
D2. diagnostyka nie laboratoryjna				
lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
1				
2				
...				
13. Suma:				
D3. środki farmaceutyczne				
lp.	Nazwa i typ jednostki miary (ampułka, dawka, pojemność)	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
1				
2				
...				
14. Suma:				
D4. materiały/wyroby medyczne				
lp.	Nazwa i typ jednostki	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
1				
2				
...				
15. Suma:				
D5. koszty osobowe personelu medycznego				
lp.	Nazwa			wartość w PLN
1	dot. zabiegów na bloku operacyjnym (personel stały bloku op.)+koszty osobowe znieczulenia			
2	związane z hospitalizacją (poza blokiem operacyjnym) w oddziale szpitalnym			
16. Suma:				
D6. koszty świadczeń wykonanych przez podwykonawcę (inne, niż wymienione powyżej)				
lp.	Nazwa świadczenia	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
1				
2				
...				
17. Suma:				

