

Rozliczenie zaangażowania lekarzy w ramach umowy grantowej

Nazwa podmiotu medycznego:				
Numer wniosku grantowego:				
Rozliczenie za miesiąc:				
L.p.	Data realizacji konsultacji	Unikatowy numer konsultacji [numer wygenerowany z platformy E-Konsylium]	Imię i nazwisko lekarza POZ biorącego udział w konsultacji	Nazwa placówki medycznej, z którą konsultacja została przeprowadzona
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
				Suma
Oświadczam, że ww. konsultacje nie były finansowane w ramach umowy na realizację świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.				
Data sporządzenia:				

Zestawienie sporządził/-a:
(imię i nazwisko, podpis oraz wskazanie stanowiska w placówce medycznej)

Zestawienie zatwierdził/-a:
(imię i nazwisko upoważnionej osoby, podpis oraz wskazanie stanowiska w placówce medycznej)