

.....  
(pieczęć świadczeniodawcy).....  
(miejsowość i data)

**ZLECENIE ŚWIADCZENIA PROTETYCZNEGO\*/  
ŚWIADCZENIA ORTODONTYCZNEGO\*  
NR ...../.....**

Nr umowy z NFZ .....

Pełna nazwa i adres świadczeniodawcy .....

oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. Nr 581, z późn. zm.)

Nazwa podwykonawcy .....

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

PESEL świadczeniobiorcy

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

Opis udzielonego świadczenia:

.....

.....

Kod świadczenia..... Wartość punktowa.....

**Stan jamy ustnej i projekt pracy**

projekt																		projekt
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65								
stan																		stan
stan																		stan
	48	47	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36	37	38		
	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35								
projekt																		projekt

.....  
(pieczęć i podpis lekarza).....  
(data wykonania, czytelny podpis podwykonawcy)

Potwierdzam odbiór wykonanego świadczenia

.....  
(data odbioru, podpis świadczeniobiorcy).....  
(data odbioru, pieczęć i podpis lekarza)