Załącznik do faktury nr ……..

Imię i nazwisko konsultanta: …….

L. p.	Data	Imię i nazwisko pacjenta	Oddział / Odcinek	Cel wezwania: konsultacja / zabieg operacyjny	Ilość godzin udzielania świadczeń medycznych*	Potwierdzenie przez osobę upoważnioną
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

* wypisać tylko w przypadku godzinowego rozliczania świadczeń objętych umową

WAŻNE INFORMACJE:

1. Prosimy **nie dołączać** do faktury wyniku / opisu przeprowadzonej konsultacji.
2. Fakturę wraz z niniejszym załącznikiem należy przekazać Udzielającemu Zamówienia w jeden z poniższych sposobów:
   - z wykorzystaniem Krajowego Systemu e-Faktur;
   - w przypadku braku możliwości wystawienia lub udostępnienia faktury w KSeF z przyczyn technicznych, organizacyjnych lub prawnych, faktury oraz załączniki należy:
     - osobiście dostarczyć do Sekretariatu Szpitala lub
     - przesłać na adres e-mail: **sekretariat@urazowka.piekary.pl** – załącznik do faktury należy **zaszyfrować**, a hasło przekazać telefonicznie na numer Sekretariatu: 32 393 42 17 lub
     - wysłać ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną za pośrednictwem platformy elektronicznego fakturowania, obowiązuje następujący adres do doręczeń: **https://brokerpefexpert.efaktura.gov.pl.**
3. Poza danymi pacjenta uwzględnionymi w powyższej tabeli zakazuje się wpisywania lub zamieszczania jakichkolwiek innych danych pacjenta.