

Załącznik do faktury nr ..... z dnia .....

**Wykaz imienny uczestników programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Mielno**

Zabieg fizjoterapeutyczny: ..... Kod ICD-9 .....

☐ wiek produkcyjny

☐ wiek poprodukcyjny

| Lp.    | Nazwisko | Imię | PESEL | Data urodzenia |         |     | Wiek | Płeć | Data wystawienia skierowania | Adres zamieszkania-<br>według oświadczenia uczestnika |            |       |                           | Data wykonania świadczenia<br>(dzień- miesiąc- rok) |   |   |   |   |   |   |   |   |    | suma ilości zabiegów |
|--------|----------|------|-------|----------------|---------|-----|------|------|------------------------------|-------------------------------------------------------|------------|-------|---------------------------|-----------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|
|        |          |      |       | dzień          | miesiąc | rok |      |      |                              | kod pocztowy                                          | mięscowość | ulica | nr domu/<br>nr mieszkania | 1                                                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                      |
| 1      |          |      |       |                |         |     |      |      |                              |                                                       |            |       |                           |                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |
| 2      |          |      |       |                |         |     |      |      |                              |                                                       |            |       |                           |                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |
| 3      |          |      |       |                |         |     |      |      |                              |                                                       |            |       |                           |                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |
| 4      |          |      |       |                |         |     |      |      |                              |                                                       |            |       |                           |                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |
| 5      |          |      |       |                |         |     |      |      |                              |                                                       |            |       |                           |                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |
| 6      |          |      |       |                |         |     |      |      |                              |                                                       |            |       |                           |                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |
| 7      |          |      |       |                |         |     |      |      |                              |                                                       |            |       |                           |                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |
| 8      |          |      |       |                |         |     |      |      |                              |                                                       |            |       |                           |                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |
| 9      |          |      |       |                |         |     |      |      |                              |                                                       |            |       |                           |                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |
| ...    |          |      |       |                |         |     |      |      |                              |                                                       |            |       |                           |                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |
| Razem: |          |      |       |                |         |     |      |      |                              |                                                       |            |       |                           |                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |

.....  
podpis osoby reprezentującej podmiot leczniczy