….…………………… dnia ………………………… r.

****

**Dane dotyczące liczby pacjentek i liczby osobodni pobytu w oddziale**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa Oddziału\*** | **Liczba pacjentek** | **Liczba osobodni** |
| 1. | Oddział Neonatologiczny |  |  |
| 2. | Oddział Położniczo-Ginekologiczny |  |  |
| 3. | Oddział Ginekologiczny |  |  |
| 4. | Oddział Patologii Ciąży |  |  |
| 5. | Oddział Położniczy |  |  |
| 6. | Oddział Położniczy i Neonatologii |  |  |
| 7. | Oddział Ginekologii Onkologicznej |  |  |

………..………………………………………….

Podpis pracownika świadczeniodawcy

\*nazwę oddziału należy wybrać odpowiednio do zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy