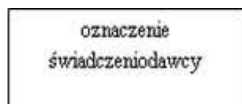


..... dnia ..... r.



**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