

**Wykaz wykonanych świadczeń zdrowotnych w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej w okresie od ..... do .....**

<b>Lp.</b>	<b>Rodzaj porady</b>	<b>Liczba porad</b>
1.	Porady lekarskie ambulatoryjne	
2.	Porady lekarskie wyjazdowe	
3.	Liczba wizyt pielęgniarskich udzielonych ambulatoryjnie	
4.	Liczba wizyt pielęgniarskich udzielonych w trybie wyjazdowym	

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis osoby uprawnionej)

