

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH PUNKTÓW W MIESIĘCZNYM OKRESIE ROZLICZENIOWYM
W PORADN.....
przez lek.med.
w miesiącu 201.....r.**

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych	Liczba zrealizowanych punktów
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
		Łączna liczba punktów:	

.....
(podpis i pieczęć lekarza
udzielającego
świadczeń zdrowotnych)

.....
Potwierdzenie wykonania
świadczeń zdrowotnych i zrealizowanych punktów
(podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)