

**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)