

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
wykonanych w miesiącu ..... 20..... r.  
W .....  
przez .....

| Lp. | Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych | Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych |
|-----|---|---|
| 1.  |   |   |
| 2.  |   |   |
| 3.  |   |   |
| 4.  |   |   |
| 5.  |   |   |
| 6.  |   |   |
| 7.  |   |   |

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

.....  
Potwierdzenie wykonania  
świadczeń zdrowotnych  
(podpis i pieczęć Ordynatora Oddziału )