

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W MIESIĘCZNYM OKRESIE
ROZLICZENIOWYM
W PORADNI Okulistycznej dla dzieci
przez**

w miesiącu 202.....r.

| | |
|-----------------------------------|--|
| Poradnia | |
| Świadczenia pierwszorazowe | |

.....
(podpis i pieczęć
Przyjmującego Zamówienie)

.....
Potwierdzenie liczby zrealizowanych punktów przez
pracownika
Działu Świadczeń Medycznych
(podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)

