

Wykaz wykonanych świadczeń zdrowotnych**przez lek.**

Lp.	Godz. rozpoczęcia procedury	Godz. Zakończenia procedury	Wykaz wykonanych zabiegów		
			PESEL pacjenta	Nazwa zrealizowanej procedury	Potwierdzenie wykonania zabiegu
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

.....
 (podpis lekarza realizującego umowę)

.....
 podpis Lekarza Kierującego Oddziałem