

WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ**ZA MIESIĄC.....202.... r.**

Lp.	Nazwisko i imię pacjenta / nazwa oddziału	Nazwa świadczenia	Cena jedn./% procedury med.	Ilość	Koszt	Potwierdzenie wykonania usługi (<i>data, podpis i pieczęć lekarza oddziału</i>)
					 dnia
					 dnia
					 dnia
					 dnia
					 dnia
					 dnia
					 dnia

.....
(*podpis i pieczęć osoby uprawnionej*)