

**Wykaz wykonanych świadczeń zdrowotnych**  
**przez lek. ....**

Lp.	Data udzielania świadczeń w godz. normalnej ordynacji lekarskiej/poza godz. normalnej ordynacji lekarskiej		Wykaz wykonanych zabiegów .....		
			PESEL pacjenta	Nazwa zrealizowanej procedury	Potwierdzenie wykonania zabiegu
	Godz. rozpoczęcia	Godz. zakończenia			
1.					
2.					
3.					
4.					

.....  
 ( podpis lekarza realizującego umowę)

.....  
 podpis Lekarza Kierującego Oddziałem