

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W MIESIĘCZNYM OKRESIE
ROZLICZENIOWYM
W PORADNI KARDIOLOGICZNEJ (KOS-zawał)
przez
w miesiącu 202.....r.**

Lp.	Data i godzina udzielania świadczeń zdrowotnych	PESEL pacjenta	Cena jednostkowa porady(zł)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Łącznie:			

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

.....
Potwierdzenie wykonania
świadczeń zdrowotnych
(podpis i pieczęć Lekarza Kierującego Oddziałem
Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnej
Terapii Kardiologicznej)