

Wykaz wykonanych zabiegów przezw miesiącu r.

Lp.	Nazwa zabiegu	PESEL pacjenta	Asystent (A)/ Operator (O)/ Szkolenie (S)	Data wykonania zabiegu		Kwota zł brutto
				Godz. rozpoczęcia	Godz. zakończenia	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
Kwota razem zł brutto						

(podpis Przyjmującego Zamówienie)

(podpis Ordynatora/ Lekarza Kierującego Oddziałem)

Potwierdzenie wykonania
świadczeń zdrowotnych i zrealizowanych punktów przez
pracownika Działu Świadczeń Medycznych
(podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)

Zamość, dnia r.