

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

Lp.	Data udzielania świadczeń w godz. normalnej ordynacji lekarskiej/poza godz. normalnej ordynacji lekarskiej		Wykaz wykonanych zabiegów koronarografii/koronaroplastyki			
			PESEL pacjenta	Kod wykonanego zabiegu wg ICD 9	Imię i nazwisko lekarza zlecającego	Potwierdzenie wykonania zabiegu
	Godz. rozpoczęcia	Godz. zakończenia				
1.						
2.						
3.						
4.						

.....  
 ( podpis lekarza realizującego umowę)

.....  
 podpis Lekarza Kierującego Oddziałem

Zamość, dnia ..... 2021 r.