**WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ**

**ZA MIESIĄC………………………….202…. r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwisko i imię** **pacjenta** / nazwa oddziału | Nazwa świadczenia | Cenajedn./% procedury med. | Ilość | Koszt | Potwierdzenie wykonania usługi (***data, podpis*** ***i pieczęć lekarza oddziału)***  |
|  |  |  |  |  |  | ..............................dnia ......................... |
|  |  |  |  |  |  | ..............................dnia ......................... |
|  |  |  |  |  |  | ..............................dnia ......................... |
|  |  |  |  |  |  | ..............................dnia ......................... |
|  |  |  |  |  |  | ..............................dnia ......................... |
|  |  |  |  |  |  | ..............................dnia ......................... |
|  |  |  |  |  |  | ..............................dnia ......................... |
|  | ...................................................*(podpis i pieczęć osoby uprawnionej)* |