**WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ**

**ZA MIESIĄC………………………….202…. r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwisko i imię** **pacjenta** / nazwa oddziału | Nazwa świadczenia | Cena  jedn./% 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)* | | | |