

**Zestawienie
świadczeń zdrowotnych udzielonych w Oddziale Okulistycznym
za m-c 20.... r.**

Lp.	Opis świadczenia	PESEL pacjenta, którego dotyczy świadczenie	Data wykonania świadczenia	Koszt brutto (PLN)
Razem:				

.....
(data i podpis Przyjmującego Zamówienie)

<p>Potwierdzam wykonanie świadczeń ujętych w zestawieniu:</p> <p>..... (data i podpis Ordynatora Oddziału Okulistycznego)</p>
--