



**WYKAZ WEZWAŃ DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WZAKŁADZIE  
ENDOSKOPII**

**w miesiącu ..... 20... r.  
przez lek. ....**

Lp.	Rodzaj wykonanego świadczenia	Data i godzina wykonanego świadczenia	<i>PESEL</i> pacjenta, którego dotyczy świadczenie	Potwierdzenie wykonania świadczenia- pieczęć imienna i podpis Ordynatora/Lek. Kierującego Oddziałem, z którego zostało zlecone badanie

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:.....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza  
udzielającego  
świadczeń zdrowotnych)

.....  
Potwierdzenie wykonania  
świadczeń zdrowotnych przez Kierownika Zakładu  
Endoskopii  
(podpis i pieczęć)