

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W MIESIĘCZNYM OKRESIE
ROZLICZENIOWYM**

W PORADNI
przez
w miesiącu 202.....r.

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych	Świadczenia pierwszorazowe	Poradnia	Diagnostyka onkologiczna - poza pakietem	Świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18 r. ż.	Diagnostyka onkologiczna
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
Łącznie:						

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

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych i zrealizowanych punktów (podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)