

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**wykonanych w miesiącu ..... 20..... r.**  
**w Oddziale .....**  
**przez lek. ....**

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

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

.....  
*Potwierdzenie wykonania  
świadczeń zdrowotnych  
(podpis i pieczęć Lekarza Kierującego Oddziałem)*