

Wykaz zrealizowanych świadczeń w
za m-c 20... r.
przez

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

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

Potwierdzam wykonanie świadczeń ujętych w zestawieniu:

.....
(data i podpis Ordynatora Oddziału Okulistycznego)