

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ
ZA MIESIAC.....20.....R.**

Lp.	Nazwisko i imię pacjenta / nazwa oddziału	Wyszczególnienie wykonanych usług lub Nr świadczenia	Cena jedn.	Ilość	Koszt	Potwierdzenie wykonania usługi (<i>data, podpis i pieczęć lekarza oddziału</i>)
						..... dnia
						..... dnia
						..... dnia
						..... dnia
						..... dnia
						..... dnia
						..... dnia
						..... dnia
						..... dnia
						..... dnia
						..... dnia
						..... dnia
						..... dnia
						..... dnia

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej)