

WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
przez lek.
w miesiącu 20..... r.

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

.....
podpis i pieczęć
Przyjmującego Zamówienie