

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

Lp.	Nazwisko i imię pacjenta	Konsultacja specjalistyczna	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 .....

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