

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH 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 p.o. Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa)