

WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
wykonanych w miesiącu 20..... r.
w Oddziale
przez lek.

Lp.	Udzielania świadczeń zdrowotnych/Wezwania		Nadzór/Gotowość	
	Data i godzina rozpoczęcia i zakończenia		Data i godzina rozpoczęcia i zakończenia	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Łączna liczba godzin:				

.....
*(podpis i pieczęć lekarza
udzielającego
świadczeń zdrowotnych)*

.....
*Potwierdzenie wykonania
świadczeń zdrowotnych
(podpis i pieczęć)*