

**ZESTAWIENIE DNI I GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W MIESIĘCZNYM
OKRESIE ROZLICZENIOWYM
W PORADNI Okulistycznej dla dzieci**

przez
w miesiącu 202.....r.

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		

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

.....
potwierdzenie zestawienia dni i godzin udzielania
świadczeń zdrowotnych
(podpis i pieczęć Lekarza Kierującego Oddziałem)