

WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
wykonanych w miesiącu 20..... r.
w Zakładzie Radiologii
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 Ordynatora/Lekarza Kierującego
Oddziałem)*