

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

Lp.	Nazwisko i imię pacjenta	Nazwa świadczenia/usługi	Cena jedn.	Ilość	Koszt	Potwierdzenie wykonania usługi
						..... dnia .....
						..... dnia .....
						..... dnia .....
						..... dnia .....
						..... dnia .....
						..... dnia .....
						..... dnia .....
						..... dnia .....
						..... dnia .....
						..... dnia .....
						..... dnia .....
						..... dnia .....
						..... dnia .....
						..... dnia .....

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