

MIESIĘCZNY WYKAZ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Imię i nazwisko miesiąc rok

oddział/dział

Data udzielania świadczeń	Godziny od - do	Liczba godzin	Uwagi Lekarza kierującego Oddziałem/ Z-cy Dyrektora

.....
Pieczątką i podpis osoby zatwierdzającej

.....
Pieczątką i podpis