Załącznik nr 1 do umowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

MIESIĘCZNY WYKAZ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Imię i nazwisko lekarza..... miesiąc ..... rok .....

oddział/dział .....

Data udzielania świadczeń	Godziny od - do	Liczba godzin	Uwagi Koordynatora /Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa

.....
Pieczątka i podpis osoby zatwierdzającej

.....
Pieczątka i podpis lekarza