

**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

.....  
Pieczęćka i podpis osoby zatwierdzającej

.....  
Pieczęćka i podpis lekarza