Załącznik nr 1 do umowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

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

.....
Pieczątka i podpis osoby zatwierdzającej

.....
Pieczątka i podpis lekarza