Załącznik nr 1 do umowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

MIESIĘCZNY WYKAZ BADAŃ

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

oddział/dział .....

Data badania	Numer badania	ID Pacjenta	Podpis Lekarza

.....
Pieczątka i podpis osoby zatwierdzającej

.....
Pieczątka i podpis lekarza