

### MIESIĘCZNY WYKAZ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Imię i nazwisko lekarza..... miesiąc ..... rok .....  
oddział/dział .....

Data udzielania świadczeń	Godziny od - do	Liczba godzin	Uwagi

.....  
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

.....  
Pieczęć i podpis lekarza