

**MIESIĘCZNY WYKAZ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

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

Data udzielania świadczeń	Godziny od - do	Liczba godzin	Uwagi Lekarza kierującego Oddziałem/ Z-cy Dyrektora

.....  
 Pieczętka i podpis osoby zatwierdzającej

.....  
 Pieczętka i podpis lekarza

