Załącznik nr 1 do umowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

MIESIĘCZNY WYKAZ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

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

oddział/dział ....

Data udzielania świadczeń	Procedura	Liczba godzin	Uwagi

....
Pieczątka i podpis osoby zatwierdzającej

....
Pieczątka i podpis lekarza