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

....
Pieczątka i podpis osoby zatwierdzającej

....
Pieczątka i podpis lekarza