

### MIESIĘCZNY WYKAZ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

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

Data udzielania świadczeń	Procedura	Liczba godzin	Uwagi

.....  
Pieczęćka i podpis osoby zatwierdzającej

.....  
Pieczęćka i podpis lekarza