

MIESIĘCZNY WYKAZ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

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

Data udzielania świadczeń	Procedura	Liczba godzin	Uwagi

.....
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

.....
Pieczęć i podpis lekarza