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