

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W MIESIĘCZNYM OKRESIE
ROZLICZENIOWYM
W PORADNI
przez**

w miesiącu 202.....r.

Poradnia	
Świadczenia pierwszorazowe	
Zakres skojarzony	
Diagnostyka onkologiczna	Liczba porad

.....
(podpis i pieczęć
Przyjmującego Zamówienie)

.....
Potwierdzenie wykonania
zrealizowanych punktów przez pracownika
Działu Świadczeń Medycznych
(podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)