

Wykaz wykonanych świadczeń zdrowotnych
przez lek.

Lp.	Data udzielania świadczeń w godz. normalnej ordynacji lekarskiej/poza godz. normalnej ordynacji lekarskiej		Wykaz wykonanych zabiegów		
			PESEL pacjenta	Nazwa zrealizowanej procedury	Potwierdzenie wykonania zabiegu
	Godz. rozpoczęcia	Godz. zakończenia			
1.					
2.					
3.					
4.					

.....
 (podpis lekarza realizującego umowę)

.....
 podpis Lekarza Kierującego Oddziałem