

**ZESTAWIENIE DNI I GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W MIESIĘCZNYM  
OKRESIE ROZLICZENIOWYM  
W PORADNI GINEKOLOGICZNEJ**

przez .....

w miesiącu ..... 202.....r.

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

.....  
(podpis i pieczęć lekarza  
udzielającego świadczeń zdrowotnych)

.....  
potwierdzenie zestawienia dni i godzin udzielania  
świadczeń zdrowotnych  
(podpis i pieczęć Lekarza Kierującego Oddziałem)