

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
 wykonanych w miesiącu ..... 20..... r.  
 w Oddziale .....  
 przez lek. ....

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

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

.....  
 Potwierdzenie wykonania  
 świadczeń zdrowotnych  
 (podpis i pieczęć)