

WYKAZ ZERALIZOWANYCH 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)