

WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ
ZA MIESIĄC.....202.... r.

| Lp. | Nazwisko i imię pacjenta / nazwa oddziału | Nazwa świadczenia | Cena jedn./% procedury med. | Ilość | Koszt | Potwierdzenie wykonania usługi (<i>data, podpis i pieczęć lekarza oddziału</i>) |
|-----|---|-------------------|-----------------------------|-------|-------|--|
| | | | | | | dnia |
| | | | | | | dnia |
| | | | | | | dnia |
| | | | | | | dnia |
| | | | | | | dnia |
| | | | | | | dnia |
| | | | | | | dnia |

.....
(*podpis i pieczęć osoby uprawnionej*)