

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	Kod wykonanego zabiegu wg ICD 9	Potwierdzenie wykonania zabiegu
	Godz. rozpoczęcia	Godz. zakończenia			
1.					
2.					
3.					
4.					

.....
(podpis lekarza realizującego umowę)

.....
podpis Lekarza Kierującego Oddziałem