

WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ W MIESIĘCZNYM OKRESIE ROZLICZENIOWYM
przez
w miesiącu 201.....r.

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych	Liczba godzin
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
		Łączna liczba godzin:	

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

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