

Wykaz wykonanych świadczeń zdrowotnych**przez lek. w miesiącu 202...r.**

Lp.	Imię i nazwisko pacjenta	Pesel pacjenta	Rodzaj zabiegu	Data wykonania zabiegu	Potwierdzenie wykonania zabiegu
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

.....
(podpis lekarza realizującego umowę).....
podpis Lekarza Kierującego Oddziałem