

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W MIESIĘCZNYM OKRESIE
ROZLICZENIOWYM
W PORADNI GINEKOLOGICZNEJ**

przez

w miesiącu 202.....r.

	Realizacja punkty	Realizacja wartość (zł)
Poradnia		
Zakres skojarzony		
Pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania HPV z cytologią płynną (LBC)		
Diagnostyka onkologiczna/KOC	Liczba porad	

.....
(podpis i pieczęć
Przyjmującego Zamówienie)

.....
Potwierdzenie liczby zrealizowanych
punktów/porad przez pracownika
Działu Świadczeń Medycznych
(podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)