

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

przez

w miesiącu 202.....r.

Poradnia¹	
Świadczenia pierwszorazowe¹	
Zakres skojarzony¹	
Diagnostyka onkologiczna¹	Liczba porad

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

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

¹ Jeżeli dotyczy