

WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ
ZA MIESIĄC.....202.... r.

Lp.	Nazwisko i imię pacjenta / nazwa oddziału	Nazwa świadczenia	Cena jedn./% procedury med.	Ilość	Koszt	Potwierdzenie wykonania usługi (<i>data, podpis i pieczęć lekarza oddziału</i>)
						 dnia
						 dnia
						 dnia
						 dnia
						 dnia
						 dnia
						 dnia

.....
 (podpis i pieczęć osoby uprawnionej)