

**ZESTAWIENIE DNI I GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W MIESIĘCZNYM  
OKRESIE ROZLICZENIOWYM  
W PORADNI .....**

przez .....  
w miesiącu ..... 202.....r.

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

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

.....  
potwierdzenie zestawienia dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych  
(podpis i pieczęć Lekarza Kierującego Oddziałem/Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa)