

WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ

ZA MIESIAC.....20.....R.

L P.	Nazwisko i imię pacjenta / nazwa oddziału	Wyszczególnienie wykonanych usług lub Nr świadczenia	Cena jedn.	Ilość	Koszt	Potwierdzenie wykonania usługi (data, podpis i pieczęć lekarza oddziału)
						 dnia
						 dnia
						 dnia
						 dnia
						 dnia
						 dnia
						 dnia

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