

MIESIĘCZNY WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

miesiąc:..... 202..... rok

<i>Dzień</i>	<i>Miejsce udzielania świadczeń</i>	<i>Skrót sprawozdawczy</i>	<i>Ilość punktów</i>

Ogółem pkt w miesiącu:

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Lekarza Kierującego Oddz. Anestezjologii
i Intensywnej Terapii WSzS w Białej
lub pełniącego jego zastępstwo)