

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W
ZAKRESIE CHIRURGII NACZYNIOWEJ - KONSULTACJE**

Miesiąc: 202.....r.

<i>Data</i>	<i>Inicjały pacjenta</i>	<i>7 pierwszych cyfr PESELu Pacjenta</i>	<i>Rodzaj udzielonych świadczeń zdrowotnych</i>	<i>Godziny</i>	
				<i>od</i>	<i>do</i>

.....

podpis Przyjmującego Zamówienie

.....

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Lek.Kierującego Oddz. Chirurgicznym z Pododdziałami lub
pełniącego jego zastępstwo)