

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ  
ZDROWOTNYCH W PORADNI DIABETOLOGICZNEJ DLA DZIECI WOJEWÓDZKIEGO  
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Imię i nazwisko: ..... miesiąc:..... 20.... rok

[illegible]

Data sporządzenia: .....

.....  
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....  
podpis Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych lub pełniącego jego zastępstwo