

**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