

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z KONSULTACJI I PROCEDUR WYKONANYCH
DLA WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

miesiąc..... rok.....

Data	Inicjały pacjenta	7 – pierwszych cyfr PESEL-u	Nazwa oddziału lub poradni

Zatwierdzam pod względem merytorycznym:

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
pieczęć i podpis Lek. Kierującego Oddz. Ftyzjopulmonologii i Chorób Wewnętrznych lub jego z-cy

Potwierdzam, że w/w osoby były pacjentami WSzS

data, czytelny podpis lub pieczęć i podpis
pracownika Działu Świadczeń Medycznych i Projektów