

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH BADAŃ ENDOSKOPOWYCH UKŁADU
POKARMOWEGO – GASTROSKOPIA I KOŁONOSKOPIA, OPRACOWYWANIA ŻYŁAKÓW
PRZĘŁYKU, PEG DLA WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

miesiąc rok

[illegible]

Podpis Przyjmującego zamówienie

Potwierdzenie wykonywania świadczeń zdrowotnych
(podpis Kierownika Zespołu Pracowni Endoskopowych lub Z-cy Dyr. ds. Medycznych)

Potwierdzam wprowadzenie świadczeń zdrowotnych do systemu informatycznego

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