Załącznik nr 1
do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/503.119/2026 PAKIET NR 2

MIESIĘCZNY WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

miesiąc:..... 202…. rok

Dzień	***Miejsce udzielania świadczeń***	***Skrót sprawozdawczy***	***Ilość punktów***

Ogółem pkt: ……

….....

podpis Przyjmującego zamówienie

.....

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Lekarza Kierującego Oddz. Anestezjologii
i Intensywnej Terapii WSzS w Białej
lub pełniącego jego zastępstwo)